UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1944-1945 — N° 116

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'OTO-MASTOÏDITE TUBERCULEUSE, EN PARTICULIER CHEZ L'ENFANT

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le mercredi 27 juin 1945

PAR

Charles-Gérard-Gustave VAILLANT

ANCIEN INTERNE DE L'HÔPITAL DE BAYONNE

DIPLÔMÉ D'ÉTUDES SUPÉRIEURES MÉDICALES D'ÉDUCATION PHYSIQUE

Né à Bayonne (Basses-Pyrénées), le 8 juillet 1918

Examinateurs de la Thèse

MM. BEAUVIEUX, professeur ..... *Président*

DERVILLÉE, professeur.....

FONTAN, professeur..... *Juges*

DESPONS, agrégé .....

BORDEAUX

IMPRIMERIE E. DROUILLARD

3, Place de la Victoire

1945

VAILLANT (Charles-Gérard-Gustave)

Contribution à l'étude de l'oto-mastoïdite tuberculeuse, en particulier chez l'enfant. — Bordeaux, impr. E. Drouillard, 1945. In-8°, VII-69 p., pl. h. t.

(Thèse Médec. Bordeaux. 1944-1945. N° 116.)

VAILLANT (Charles-Gérard-Gustave)

Contribution à l'étude de l'oto-mastoïdite tuberculeuse, en particulier chez l'enfant. — Bordeaux, impr. E. Drouillard, 1945. In-8°, VII-69 p., pl. h. t.

(Thèse Médec. Bordeaux. 1944-1945. N° 116.)

VAILLANT (Charles-Gérard-Gustave)

Contribution à l'étude de l'oto-mastoïdite tuberculeuse, en particulier chez l'enfant. — Bordeaux, impr. E. Drouillard, 1945. In-8°, VII-69 p., pl. h. t.

(Thèse Médec. Bordeaux. 1944-1945. N° 116.)

VAILLANT (Charles-Gérard-Gustave)

Contribution à l'étude de l'oto-mastoïdite tuberculeuse, en particulier chez l'enfant. — Bordeaux, impr. E. Drouillard, 1945. In-8°, VII-69 p., pl. h. t.

(Thèse Médec. Bordeaux. 1944-1945. N° 116.)

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1944-1945 — N° 116

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'OTO-MASTOÏDITE TUBERCULEUSE, EN PARTICULIER CHEZ L'ENFANT

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le mercredi 27 juin 1945

PAR

Charles-Gérard-Gustave VAILLANT

ANCIEN INTERNE DE L'HÔPITAL DE BAYONNE

DIPLÔMÉ D'ÉTUDES SUPÉRIEURES MÉDICALES D'ÉDUCATION PHYSIQUE

Né à Bayonne (Basses-Pyrénées), le 8 juillet 1918

Examinateurs de la Thèse

MM.	BEAUVIEUX, professeur	*Président*
	DERVILLÉE, professeur.....	*Juges*
	FONTAN, professeur.....	
	DESPONS, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE E. DROUILLARD

3, PLACE DE LA VICTOIRE

1945

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. DUPÉRIÉ — **ASSESSEUR** : M. LABAT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. DENIGÈS, BEILLE, DUPOUY, A. MANDOUL,
PETGES, GUYOT, ABADIE, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	N... / DUPÉRIÉ
Clinique chirurgicale et gynécologique	JEANNENEY
Clinique chirurgicale	PAPIN
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DE GRAILLY
Anatomie	VILLEMIN
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL
Hygiène	LEURET
Médecine légale et déontologie	DERVILLÉE
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale	RÉCHOU
Chimie	CHELLE
Botanique et matière médicale	GOLSE
Pharmacie	VITTE
Zoologie et parasitologie	SIGALAS
Médecine expérimentale	N...
Physiologie	FABRE
Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LOUBAT
Clinique des maladies infectieuses	DAMADE
Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF
Physique médicale et pharmaceutique	N...
Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA
Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET
Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	N...
Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT
Hydrologie thérapeutique et Climatologie	CREYX
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ
Clinique médicale des maladies des enfants	FONTAN

MM. PÉRY (Obstétrique), PERRENS (Maladies mentales),
CHARRIER (Chirurgie générale), FAUGÈRE (Obstétrique).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Anatomie	DUFOUR
Physiologie	FRANCK
Médecine générale	PIECHAUD / N... / N... / N... / BROUSTET / N... / SARIC / DUBARRY
Chirurgie générale	N... / MASSÉ
Chirurgie générale	N... / MAGENDIE / POUYANNE
Obstétrique	N... / MAHON
Ophtalmologie	N...
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS
Dermatologie et syphiligraphie	N...
Physique médicale	N...
Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	CASTAGNOU
Histoire naturelle pharmaceutique	GIRARD
Pharmacie	MESNARD / GRANGER
Histoire naturelle médicale et parasitologie.	R. MANDOUL

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	MASSÉ
Accouchements	MAHON
Puériculture	FAUGÈRE
Zoologie et parasitologie	R. MANDOUL
Médecine légale	N...
Urologie	N...
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI
Ophtalmologie	N...
Anatomie	J. BEAUVIEUX
Chimie minérale	CASTAGNOU
Botanique	GIRARD
Cryptogamie	GIRARD
Pharmacie galénique	MESNARD
Bactériologie	MOUREAU
Physiologie	Mlle ROUGIER
Chimie biologique	TAYEAU
Parasitologie et biologie appliquées	PAUTRIZEL

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A MON PETIT JEAN-CHARLES

En caressant l'espoir qu'il me succèdera un jour.

A MA FEMME

Témoignage de mon amour profond.

A MES PARENTS

Envers qui je ne serai jamais assez reconnaissant pour tout ce dont je leur suis redevable.

A MA SŒUR

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA GRAND'MÈRE

A MON PARRAIN

A MA TANTE

A LA MÉMOIRE DE MES ONCLES ET DE MES TANTES

A MES BEAUX-PARENTS

A MON BEAU-FRÈRE ET A MA BELLE-SŒUR

A MES COUSINS ET A MES PETITS-COUSINS

A TOUS MES AUTRES PARENTS

AU DOCTEUR GEORGES CORGNET

Mon « frère spirituel », avec toute mon amicale affection.

A MONSIEUR R. DROUILLARD

En témoignage de ma bien vive amitié.

A TOUS MES CAMARADES

A TOUS MES AMIS

A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR BOISSERIE-LACROIX

Trop tôt enlevé à l'affection de ses disciples, avec toute ma reconnaissance émue pour la manière si attachante avec laquelle il sut m'initier aux beautés de la Médecine.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DESPONS

OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DES HÔPITAUX

MÉDAILLE MILITAIRE

CROIX DE GUERRE

OFFICIER D'ACADÉMIE

MON CHER MAÎTRE,

Je vous dois plus que le sujet de cette thèse : je vous dois tous les mois fertiles en enseignements que j'ai passés dans votre service. Votre bonté, votre valeur, votre indulgence laisseront en moi d'impérissables souvenirs. Veuillez accepter ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

A MES JUGES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. BEAUVIEUX

PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

OPHTALMOLOGISTE DES HÔPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Mon cher Maître,

Pour avoir si aimablement accepté la présidence de ma thèse, je vous prie de trouver ici l'expression de ma très respectueuse gratitude.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'OTO-MASTOÏDITE TUBERCULEUSE,
EN PARTICULIER CHEZ L'ENFANT

INTRODUCTION

Si avec le cancer et la syphilis, la tuberculose est un fléau social, cela tient non seulement à la fréquence de l'affection, mais aussi au fait qu'elle s'attaque à toutes les parties de l'organisme humain. Parmi celles-ci, l'oreille paie son tribut évidemment et il est, hélas, bien triste à constater que, parmi les malades atteints, le nombre des enfants est relativement important.

Lorsque, par suite de circonstances nées de la guerre, notre maître et ami le Professeur agrégé Despons nous entretint un jour de la question qui nous intéresse ici, il nous prit la curiosité bien légitime de consulter à ce sujet « les classiques » médicaux, et nous fûmes étonnés de constater que ceux-ci ou bien négligeaient presque complètement le problème, ou bien ne lui donnaient qu'un développement nettement insuffisant pour laisser des traces durables dans une mémoire d'étudiant. Pourtant, le sujet mérite d'être tant soit peu approfondi.

Ne voulant, ici, vexer personne à tort, nous tenons à dire tout de suite que la tuberculose de l'oreille a inspiré foule d'articles et d'ouvrages dont la nomenclature est consignée dans le splendide rapport que MM. Collet et Mayoux firent en 1938 au Congrès de la Société française d'Oto-rhino-

laryngologie. Ce rapport — qui est et restera longtemps, nous en sommes sûr, un monument de l'otologie — nous a servi de livre de base, et si nous nous en sommes semble-t-il assez souvent inspiré pour écrire les lignes qui suivront, que leurs auteurs veuillent bien y voir la marque du respect et de l'admiration d'un jeune confrère.

Laissant carrément de côté les otites externes tuberculeuses qui sont vraiment rares, nous nous attacherons à l'étude des oto-mastoïdites, Après avoir, dans une première partie, fait un rapide historique de la question, nous ferons la classique étude clinique pour passer, en terminant, la revue de quelques observations typiques, dont certaines ont pu être constatées à des époques récentes dans les services hospitaliers bordelais.

I. — HISTORIQUE

Il est incontestable que tant que les médecins n'eurent pas d'idées bien nettes sur la tuberculose, ils ne surent guère trop à quoi s'en tenir exactement quant aux manifestations de celle-ci sur l'oreille. D'autre part, pour être approfondie, la question exigeait de notables progrès, non seulement de la physiologie, mais encore, et peut-être aussi davantage, de l'otologie. En fait d'historique, il ne faut donc pas vouloir remonter trop haut puisque phtisiologie et otologie n'ont pratiquement commencé à sortir du domaine de l'empirisme qu'au milieu du XIX^e^ siècle. En effet, pendant qu'une génération de médecins, allant de Laennec à Villemin, réalisait les découvertes que tout le monde connaît, les progrès de l'anatomie normale ou pathologique, d'une part, et les perfectionnements dans la fabrication et l'utilisation du matériel instrumental d'examen, d'autre part, permirent aux premiers spécialistes d'avoir, pour l'époque, une connaissance suffisante des maladies de l'oreille.

Et alors que dans les premières années du XIX^e^ siècle encore, on ne faisait que de vagues rapprochements entre la « scrofulose » et certaines otorrhées, on verra, l'époque venue, un grand otologiste comme Politzer écrire son « Lehrbuch », ouvrage déjà grandiose et impressionnant aujourd'hui encore, où les milieux spécialisés d'alors purent acquérir une notion de plus en plus claire de la tuberculose de l'oreille, au fur et à mesure que paraissaient les éditions successives.

Le « Précis des maladies de l'oreille », de Gelle, à peu près contemporain de la première édition de Politzer (1885), dans un chapitre consacré à « La surdité dans ses rapports avec les grandes pyrexies et les maladies générales », contient un bref article (article IV : surdité, tuberculose et scrofules) où la question est en quelques lignes nettement exposée. « L'otorrhée et la surdité sont des manifestations précoces de la diathèse tuberculeuse : j'ai vu, dans une famille de tuberculeux, une otorrhée avec paralysie faciale chez une enfant de huit mois, l'écoulement datant des premiers jours de la naissance. Cette otite a un cachet spécial : le plus souvent, le sujet vient annoncer que son oreille coule sans douleur, sans fièvre, sans accident : le processus ulcératif a évolué sans bruit, il ne reculera plus. Ces malades meurent, plus tard, tuberculeux et viennent de tuberculeux. » (Collet et Mayoux).

Quatre ans plus tard, en 1889, Briéger présente une étude sur la tuberculose de l'oreille au VI^me^ Congrès d'Otologie à Londres. La même année, Milligan attire l'attention sur la fréquence de la tuberculose de l'oreille dans l'enfance.

Plus près de nous, nous avons les traités classiques de la période moderne qui nous prouvent combien la contribution des otologistes du XX^e^ siècle a fait faire des progrès importants à la question.

C'est ainsi que dans l'ouvrage de Körner, celui-ci discute la possibilité de l'infection par voie tubaire et de l'infection hématogène, bien que la distinction soit parfois difficile à établir : quand il n'y a pas de tuberculose pulmonaire ouverte et que l'extirpation de l'amygdale pharyngée montre l'intégrité de celle-ci, il est, avec Henrici, disposé à exclure la voie tubaire. Il distingue deux formes anatomo-cliniques, celle des enfants en bas-âge (susceptible aussi d'être observée jusqu'à la vingtième année) et celle des tuberculeux avancés; la première ne se différencie guère de l'oto-mastoïdite banale.

Théodore Heiman, de Varsovie, dans son livre : « L'oreille

et ses maladies » (1914), insiste sur la proportion élevée de la nature tuberculeuse des otorrhées chez les enfants.

Denker et Brunings distinguent la tuberculose d'origine lymphatique ou tubaire et la tuberculose hématogène de la première enfance. La voie tubaire est surtout en cause dans l'otite des phtisiques : il ne semble pas que la tuberculisation de l'amygdale de Luschka soit un intermédiaire fréquent.

La tuberculose hématogène de la première enfance consiste dans une lésion de la muqueuse avec invasion secondaire de l'os.

A côté de la tuberculose auriculaire secondaire à une tuberculose pulmonaire, Fraser, d'Edinburg, admet les cas se rapportant à des enfants en bas-âge, nourris pour la plupart de lait non stérilisé, contenant le B.K. du type bovin.

Fraser admet encore que la voie d'infection tubaire est la plus fréquente, soit que la muqueuse de la trompe soit préalablement infiltrée par le tissu tuberculeux, soit que l'oreille moyenne soit inoculée à travers une trompe saine par la projection de particules bacillifères pendant la toux ou l'éternuement.

Logan-Turner trouve que dans une statistique d'otites moyennes comprenant tous les âges, la tuberculose compte pour 2,8 % ; au-dessous de deux ans, pour 27 % ; au-dessous d'un an, pour 50 %. Une otite suppurée chez un enfant en bas-âge doit toujours faire penser à la tuberculose.

Enfin, le Congrès de la Société française d'Oto-rhino-laryngologie de 1938 fit la mise au point de la question en publiant le rapport de Collet et Mayoux dont nous avons parlé précédemment et auquel nous avons emprunté les références que nous venons de citer.

II. — ÉTIOLOGIE

L'oto-mastoïdite tuberculeuse peut être ou bien *primitive*, ou bien *secondaire* à une lésion pulmonaire.

1° Dans ce dernier cas, le nombre d'enfants atteints est relativement peu élevé. Nous sommes cependant particulièrement heureux de pouvoir apporter, à la fin de cette étude, quelques observations authentiques d'otites survenant chez de jeunes pulmonaires (voir en particulier la dernière observation, inédite, du Professeur agrégé Despons). Remarquons, en passant, que ce n'est pas forcément le B. K. qui intervient comme agent pathogène dans les otites des pulmonaires. Enfin, il est à noter que les otites suppurées s'observent rarement chez les tuberculeux légers, et plus souvent chez les tuberculeux avancés.

2° En dehors de la tuberculose pulmonaire, c'est-à-dire dans les cas de tuberculose de l'oreille apparemment primitive, trois facteurs étiologiques sont surtout intéressants :

a) *L'âge.* — A l'inverse de ce qui s'observe chez les tuberculeux pulmonaires, la tuberculose auriculaire est ici beaucoup plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte, et d'autant plus que l'enfant est plus jeune. Notons, en passant, que l'âge de l'otite tuberculeuse est, à peu près, l'âge de la primo-infection.

b) *Les antécédents.* — Chez les enfants, on trouve rarement d'autres manifestations tuberculeuses, mais très souvent l'existence de tuberculose pulmonaire chez les parents; ou, autrement dit, on trouve plus souvent chez ces malades une source de contagion qu'un foyer initial d'où essaimeraient les B. K.

c) *La fréquence.* — Si on consulte les statistiques, on ne peut manquer d'être frappé par les divergences, parfois considérables, des chiffres et des pourcentages qu'elles donnent. A côté d'un auteur comme Monscourt qui écrivait, dans sa thèse, que 30 % des otites étaient tuberculeuses, ou comme Henrici qui estimait à 20 % la proportion des otites tuberculeuses de l'enfance, tel autre, comme Logan-Turner, dit que 2,8 % de l'ensemble des otites moyennes suppurées sont tuberculeuses. Collet et Mayoux semblent donner l'explication de ces apparences contradictoires en faisant, avec juste raison, la remarque suivante : « Si nombre d'otites ne sont pas classées tuberculeuses, c'est qu'elles passent inaperçues et cela à cause de la difficulté du diagnostic clinique. Dans ce cas, seul un diagnostic biologique rigoureux permet de différencier les otites tuberculeuses primitives et les otites banales, les unes et les autres ayant des symptomatologies pratiquement identiques. »

N. B. — 1° Notons en passant que les oto-mastoïdites tuberculeuses des enfants, qu'elles soient primitives ou secondaires, semblent s'attaquer plus facilement aux fillettes qu'aux garçonnets.

Notre statistique personnelle, confirmant celle de nos prédécesseurs, accuse quinze cas chez les premières contre sept cas chez les seconds.

2° Notons également que le mot « primitive » doit être pris au sens spécial de première apparition *clinique* d'une tuberculose auriculaire non secondaire à une tuberculose pulmonaire.

Cela nous autorise à classer comme primitive possible une tuberculose auriculaire survenant chez un enfant aux poumons vraisemblablement sains et ayant eu des antécédents personnels tuberculeux non pulmonaires ou hérédo-tuberculeux pulmonaires (voir observations XII et XVIII en particulier).

III. — PATHOGÉNIE

1° *Chez les tuberculeux pulmonaires.* — Dans ce paragraphe, nous serons bref car la question est simple. L'inoculation se fait par voie tubaire. Il s'agit de malades ayant de nombreux B. K. dans les crachats. Ces derniers, projetés à la faveur d'un quinte de toux ou d'un éternuement dans l'arrière-nez, à la naissance de l'orifice inférieur de la trompe d'Eustache, infectent celle-ci. Les B. K. remontent le long de la trompe, pénétrant dans la caisse où ils stagnent. Inoculation massive, long contact avec la muqueuse, mauvaise défense de l'organisme : il n'en faut pas plus pour déterminer, au niveau de l'oreille moyenne, une métastase de tuberculose pulmonaire.

Certains ont évoqué une origine sanguine; répondons tout de suite qu'elle ne serait rien moins que rarissime, sinon paradoxale.

2° *En dehors de la tuberculose pulmonaire.* — Alors que la voie tubaire, qui est, pratiquement, la seule admise dans la tuberculose auriculaire secondaire, a été autrefois habituellement admise dans la tuberculose primitive, il n'en est plus de même aujourd'hui et l'on se plait ordinairement à reconnaître que la voie sanguine est la seule vraisemblable dans la plupart des cas, c'est-à-dire ceux où la maladie débute par la mastoïdite.

Il est un autre élément qu'il importe de connaître : c'est celui de l'association des pyogènes et des B. K. On remarque très souvent qu'une otite tuberculeuse primitive débute par

une affection rhino-pharyngée aiguë banale : coryza, angine, amygdalite. Quel est le rôle des pyogènes ? C'est très vraisemblablement un rôle désorganisateur qui paralyse la défense locale. A la faveur de ce blocage, les B. K. ayant le champ libre ont toute latitude pour s'installer solidement en constituant la lésion initiale. Ramond et Ravaux ont montré que des pyogènes comme le tétragène ou le staphylocoque inoculés au cobaye semblaient faciliter et même accélérer l'évolution de lésions dues au B. K.

Collet et Mayoux pensent que le seul moyen de comprendre la fréquence de la tuberculose auriculaire est de songer aux relations étroites de la caisse du tympan avec le tissu lymphoïde du pharynx, si fréquemment habité, sinon lésé, par le B. K.

Quelle place faut-il accorder dans le cycle de l'infection tuberculeuse à la bacillose auriculaire ? D'une manière générale, on peut dire que l'otite tuberculeuse étant une lésion de surinfection peut survenir à tous les stades de la maladie, mais il est probable que la tuberculose survient souvent à la période secondaire. Fréquemment aussi, elle constitue, chez l'adulte, une lésion tertiaire; mais ce sont surtout ses rapports avec la primo-infection qui sont intéressants à étudier. Elle constitue parfois le chancre d'inoculation. Il est très vraisemblable que ce fait ne soit pas exceptionnel. En tout cas, la tuberculose de l'oreille s'observe surtout à l'âge de la primo-infection.

Le tissu lymphoïde oro-pharyngé a un rôle pathogénique important. Il est très probablement imprégné, au moment de la phase lymphatique de l'infection tuberculeuse. Il est vrai qu'on trouve rarement le B. K. dans les amygdales et les végétations, mais ceci n'est pas une preuve. Les voies lymphatiques sont entièrement imprégnées du côté du cou et du pharynx au même titre que les chaînes mésentériques et médiastinales.

C'est ce qui doit rendre très prudents les oto-rhino-laryngologistes dans les interventions oro-pharyngées chez les

hérédo-tuberculeux, au moment des poussées fébriles, des engorgements ganglionnaires, etc.

L'infection tuberculeuse se fait probablement par la voie muqueuse (trompe et caisse) plutôt que par voie osseuse (formes aiguës ou subaiguës). Cependant, il y a probablement des cas de mastoïdite primitive tuberculeuse (forme rare).

Notons, en terminant, à propos de la pathogénie de la tuberculose primitive de l'oreille, que le processus invoqué, soit lymphatique, soit hématogène, peut favoriser, en même temps qu'un foyer auriculaire, un autre foyer viscéral qu'il faut savoir rechercher par les moyens cliniques ou radiographiques (médiastin, poumon, etc.), surtout si se pose la question d'une intervention.

IV. — SYMPTOMATOLOGIE

A. — Oto-mastoïdites chez les tuberculeux pulmonaires.

Elles ne nous intéressent guère, car elles sont rares chez l'enfant. Nous les voyons pourtant, parfois, dans la deuxième enfance.

Certains auteurs prétendent que le début est à forme infiltrante. D'autres, au contraire, soutiennent la thèse du début à forme ulcéro-végétante. Comme chacun apporte des preuves à l'appui, la question semble difficile à trancher au premier abord. Mais une troisième catégorie d'otologistes semble prouver que la forme infiltrante n'est ni plus ni moins que le début de la maladie qui se continue par la forme ulcéro-végétante. Si certains cas paraissent appartenir à l'un des deux types à l'état pur, c'est que, chez eux, l'autre type n'a vraisemblablement pas pu se manifester parce que trop discret.

Généralement, voici comment se passent les choses. On amène chez le spécialiste un jeune malade qui, en plus de sa tuberculose pulmonaire, éprouve une surdité accompagnée souvent de bourdonnements. A l'examen, on constate une otite moyenne aiguë avec sécrétion abondante, tympan bombé et manche du marteau enfoui. La membrane tympanique est jaune blanchâtre avec des vaisseaux injectés autour du manche. A la paracentèse, on trouve un tympan épaissi; le pus ne s'évacue pas, même après « Valsalva ».

Au bout de quelque temps se produit une perforation spontanée laissant sourdre un peu de liquide séro-purulent.

Lorsque celui-ci se résorbe, on note une dépression tympanique : à l'otite catharrale ou exudative a fait suite une otite adhésive ou plastique. Lermoyer faisant, avec juste raison, le parallèle entre les tuberculoses pulmonaire et auriculaire, parlait de « pleurésie de l'oreille ». Notons que la douleur est absente au début et n'existe, parfois, qu'ultérieurement dans la mesure où l'otite est congestive.

L'otorrhée tuberculeuse secondaire est atypique par sa quantité, sa couleur, sa consistance et sa fétidité, ce qui n'est pas fait pour simplifier le diagnostic clinique. Fonctionnellement, on observe une surdité constante qui est le plus souvent précoce. A l'otoscopie, on peut examiner à loisir la perforation tympanique qui est ronde ou ovalaire, à bords nets, et entourée d'un liséré rouge. La perforation est souvent multiple, surtout chez les enfants (Alexander).

La caisse et spécialement le promontoire sont recouverts de granulations flasques, molles, jaunâtres ou rosées, abondantes et récidivantes après curettage. L'exploration au stylet révèle parfois la dénudation de l'os. Il y a même séquestre.

Parmi les autres signes objectifs, notons la présence de ganglions lymphatiques péri-auriculaires engorgés et indolores parfois. Le conduit auditif peut être sténosé dans sa partie osseuse, le centre de la membrane en est caché de ce fait. La mastoïde est souvent douloureuse.

B. — Oto-mastoïdite tuberculeuse primitive.

C'est le type même de l'otite tuberculeuse de l'enfant. On distingue trois formes cliniques.

1° *Otorrhée chronique.*

C'est probablement la plus banale et la plus fréquente. Elle succède à des maladies anergisantes (rougeole, coqueluche, etc.)

Signes locaux. — La plupart du temps, le début de l'otite est mal défini, car il ne s'est pas accompagné des signes douloureux habituels.

On observe seulement un écoulement uni ou bilatéral, muco-purulent ou même franchement purulent, avec débris souvent fétides.

La destruction du tympan est toujours très importante, avec une perforation très large ou des orifices multiples.

Après lavage, le fond de la caisse apparaît pâle, avec ou sans masses polyploïdes.

Le traitement local habituel est suivi d'échec, même si on supprime les végétations.

Signes généraux. — On a affaire à des enfants scrofuleux, pâles, dont les ganglions cervicaux sont engorgés.

Les muqueuses nasales sont très anémiées avec souvent un processus de rhinite atrophique ou de rhinite purulente.

Peu ou pas de fièvre, hormis quelques oscillations. Les enfants s'enrhument facilement, font des bronchites que ne fait pas disparaître le traitement rhino-pharyngé.

2° *Oto-mastoïdites aiguës.*

Elles peuvent prendre le masque des oto-mastoïdites aiguës banales, avec un stade rhino-pharyngé prémonitoire, car les jeunes bacillaires sont souvent frappés de débilité rhino-pharyngée avec rhumes de cerveau très fréquents.

Toutefois, l'écoulement s'est souvent installé sans le secours d'une paracentèse.

Le tympan est infiltré, pâle, souvent multi-perforé ou largement détruit.

L'écoulement muco-purulent est fétide et très irrégulier.

Il traîne en longueur, car aucun incident aigu n'est venu entraîner la nécessité d'une opération. La mastoïde, en effet, est rarement déformée; à la pression cependant, elle est légèrement douloureuse.

Signes généraux. — On observe de la pâleur, de l'amaigrissement, des oscillations fébriles sans rapport avec des accidents de rétention ou de gonflement mastoïdien.

L'allure générale de l'affection est traînante. La forte altération de l'état général, qui décline, est en contraste avec la bénignité relative de l'otite.

L'oto-mastoïdite aiguë tuberculeuse paraît surtout fréquente chez le nourrisson et entraîne rapidement chez lui un état d'hypothrepsie.

3° *Mastoïdite primitive.*

C'est de beaucoup la forme la plus rare. En même temps qu'on observe une déchéance de l'état général, on voit s'installer un gonflement mastoïdien, sans écoulement, sans modification du tympan.

Il n'y a pas de fièvre; ce sont les phénomènes locaux qui dominent. Bientôt la peau de la région mastoïdienne devient violacée, la tuméfaction est fluctuante et la fistule apparaît si la curette tarde trop à ouvrir le foyer.

V. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions de la tuberculose auriculaire débutent sur la muqueuse. Ce sont des lésions simples. Mais elles ne tardent pas à s'étendre aux tissus osseux : ce sont alors des lésions complexes, autant par le mécanisme que par les aspects divers.

L'infiltration tuberculeuse, la nécrose osseuse, avec formation de séquestres, l'ostéite fongueuse s'associent généralement pour donner à l'os un aspect bien particulier. Parfois l'un des types de lésions domine, mais cette éventualité est relativement rare. Il semblerait que, rien n'arrêtant la progression des lésions, après la muqueuse, après l'os, la dure-mère soit fatalement atteinte. Portmann et Kistler font remarquer que les méninges sont habituellement respectées, alors que le rocher peut être complètement évidé.

Contrairement à ce qui se passe chez les tuberculeux pulmonaires dans la tuberculose auriculaire d'apparence primitive, les mastoïdites sont beaucoup plus fréquentes que les lésions pétreuses.

Portmann et Kistler donnent une bonne description histologique de l'otite tuberculeuse et font remarquer qu'elle présente, en réalité, un tableau très polymorphe : « L'infiltration tuberculeuse de la muqueuse, métamorphose régressive de la muqueuse, avec nécrose et ulcération des tissus mous et dénudation de l'os sous-jacent, résorption lacunaire de l'os et pénétration du tissu de granulation tuberculeux sous forme de carie, séquestration et nécrose ».

On peut suivre le détail des lésions anatomiques sur les

nombreuses planches de l'ouvrage des auteurs que nous venons de citer, spécialement le processus d'ostéite raréfiante aboutissant à la nécrose, la résorption des travées osseuses par les ostéoclastes disposés en rangées, chacun d'eux détruisant la substance osseuse en face de lui en creusant une petite cupule. A un stade avancé, on voit les zones caséeuses, contenant des follicules tuberculeux, alterner avec des îlots irréguliers d'os nécrosés.

VI. — PRONOSTIC ET ÉVOLUTION

1° *La tuberculose primitive* de l'oreille moyenne est, le plus souvent, d'un bon pronostic; du point de vue vital, on peut affirmer, malgré certaines assertions tendancieuses, qu'il n'y a pratiquement pas d'issue fatale; et du point de vue fonctionnel, le résultat est excellent chez les enfants, de l'avis même de Collet et Mayoux. L'affection évolue vers la guérison en règle générale. Néanmoins, il ne faut pas sous-estimer le mal car si les complications ne sont, le plus souvent, pas nombreuses, elles n'en sont pas moins assez sérieuses. Ce sont, en particulier, le passage à l'état chronique et surtout la mastoïdite qui, heureusement, guérit à la longue dans la majorité des cas. La méningite tuberculeuse n'est pas impossible, mais on se plait, habituellement, à reconnaître qu'elle est rare.

2° *La tuberculose secondaire* de l'oreille moyenne a un pronostic plus sérieux. Sans parler du point de vue fonctionnel, où l'on enregistre des cas de surdité tenace, il faut surtout tenir compte du point de vue vital et nos statistiques montrent que, trop souvent, des enfants ont succombé aux suites de l'affection.

Il ne faut pas oublier qu'un tuberculeux pulmonaire est un être considérablement diminué et que, si le phtisiologue fait des réserves sur l'avenir de son état pulmonaire, l'auriste est, à plus forte raison, obligé d'agir de même à propos de son oreille moyenne.

La tuberculose, où qu'elle siège, est toujours un mal à tendance envahissante et c'est pour cela qu'en attendant le

jour où l'on pourra la guérir, il faut se contenter, tout en s'en félicitant, chaque fois que la chose est possible, d'arrêter son évolution, c'est-à-dire de la stabiliser. Livrée à elle-même, et parfois aussi, hélas, malgré tous les efforts thérapeutiques tentés, la lésion tuberculeuse initiale a une tendance irrésistible à gagner du terrain. Ce fait, observé couramment en tuberculose pulmonaire, l'est aussi en tuberculose auriculaire secondaire. En effet, après une atteinte minime des voies de transmission, on voit le mal s'étendre et s'attaquer successivement à tous les tissus environnants : après le revêtement cutané, c'est l'os, c'est le nerf facial, c'est le labyrinthe, c'est la carotide, c'est le sinus latéral, ce sont enfin les méninges.

Nous allons voir, dans un prochain chapitre, le détail de toutes ces complications.

VII. — COMPLICATIONS

A. — Paralysie faciale.

Cette complication est tellement fréquente que certains la considèrent comme un symptôme. Milligan estime qu'elle existe dans 65 % des otites tuberculeuses de l'adulte et est obligatoire chez l'enfant. Il va même jusqu'à affirmer que toute otite infantile sans paralysie faciale n'est sûrement pas tuberculeuse, même si on voit des cellules géantes au microscope. Henrici et Leegard sont d'un avis diamétralement opposé. Pour Collet et Mayoux, la paralysie faciale est une conséquence compliquant fréquemment l'otite, quelle que soit la nature de celle-ci : autrement dit, elle ne survient pas davantage dans les otites bacillaires que dans les otites banales.

La nécrose du labyrinthe, l'ostéite du massif osseux favorisent les paralysies faciales. Celles-ci commencent d'habitude brutalement : un matin, au réveil, par exemple, le malade présente le facies classique. Le début peut, parfois aussi, être progressif et le facial inférieur semble plus souvent atteint que le supérieur. A la période d'état, les deux faciaux sont atteints.

On peut être mis en garde contre une paralysie imminente par les signes de parésie qui la précèdent de quelques jours. La paralysie faciale peut être bilatérale : le sujet est alors diplégique (face hébétée, yeux entr'ouverts, lippe pendante). Elle peut survenir chez les nourrissons.

Une forme de paralysie faciale qu'il faut connaître et dont il faut se méfier, car elle est sérieuse et relativement

fréquente, est celle qui survient dans la semaine qui suit un évidement pétro-mastoïdien.

Le pronostic fonctionnel de la paralysie faciale est sérieux puisque celle-ci est souvent définitive. Les régressions sont pratiquement très rares. N'oublions pas enfin qu'il faut voir dans les paralysies faciales le début d'éventuelles méningites.

B. — Labyrinthite.

Disons tout de suite qu'elle est aussi grave que rare. Son début est souvent discret et peut passer totalement inaperçu car, malgré qu'il y ait surdité, si celle-ci est unilatérale seul un examen minutieux de la fonction auditive peut déceler l'anacousie. Ce début discret serait dû à une progression lente du mal et à une latence des lésions. La labyrinthite peut-elle favoriser l'éclosion d'une méningite ? A cette question, certains répondent par une négation catégorique; il est, croyons-nous, plus conforme à la réalité de dire que les méningites ayant une telle origine, sans être impossibles, sont cependant rares.

Il convient de faire remarquer ici que le labyrinthe peut être non seulement enflammé, mais à un degré supérieur d'infection plus ou moins nécrosé. Les signes subjectifs de cette nécrose sont nuls ou peuvent passer inaperçus : pas de fièvre, ni de douleurs, ni de vertiges. Par contre, les signes objectifs sont plus typiques : suppuration abondante et fétide avec bourgeonnement intense, avec récidive rapide des granulations après curettage ou cautérisation. On perçoit même un contact osseux mobile, au cours de certaines explorations au stylet. Il y a alors séquestre et celui-ci peut être extériorisé au cours d'un lavage d'oreille.

Quant aux troubles auditifs consécutifs à une nécrose labyrinthique, ils appellent quelques remarques. On a prétendu que des sons pouvaient être perçus, influençant directement le nerf auditif malgré la destruction du labyrin-

the. En réalité, si un seul labyrinthe est nécrosé, les sons des diapasons élevés présentés au-devant du pavillon sont perçus par l'oreille saine en raison de leur grande audibilité, l'occlusion de l'oreille ne les éliminant pas. Les diapasons plus graves sont perçus par voie osseuse, mais parce qu'ils arrivent au labyrinthe opposé : c'est le faux Rinne négatif. Quand les deux labyrinthes sont éliminés, il n'y a plus de sensation auditive, malgré les assertions de Gruber (Collet et Mayoux).

C. — Otorragie carotidienne.

Si l'otorragie carotidienne n'est pas très fréquente dans la tuberculose de l'oreille, celle-ci, par contre, est une des causes les plus fréquentes de celle-là : 60 % des cas d'après Jourdain, les 40 autres reconnaissant pour origine la scarlatine, la syphilis ou le cancer. Quel est le mécanisme de cette otorragie ? Poyet répond que c'est un processus d'artérite tuberculeuse. Il se forme dans les tuniques artérielles des foyers de ramollissement qui diminuent la résistance du vaisseau et la paroi cède sous l'influence de la pression artérielle.

L'otorragie débute sans cause apparente, mais elle est souvent annoncée par des signes prémonitoires : la constatation de pulsations artérielles et leur transmission au pus. Si l'on comprime l'artère, les pulsations cessent d'être perçues. L'hémorragie peut être en jets saccadés ou bien suintante. Le sang peut être plus ou moins rutilant, ce qui peut conduire à interpréter cette hémorragie comme d'origine veineuse. Etant donné le voisinage de la trompe d'Eustache, le sang peut s'échapper par le nez et la bouche. Un caractère assez constant de cette otorragie est d'être récidivante, car un caillot se forme, assez facilement d'ailleurs, étant donné le coude carotidien qui facilite le dépôt initial de fibrine; mais ce caillot peut se désintégrer en milieu infecté et c'est une nouvelle hémorragie qui survient.

L'otorragie carotidienne est assez rarement mortelle d'emblée. Par contre, lorsqu'elle récidive trop souvent, elle peut finir par anémier le malade d'une manière inexorable. Signalons, parmi les complications de cette otorragie, les accidents nerveux divers, notamment des hémi ou des monoplégies. Le pronostic est en fonction du traitement. Celui-ci peut être efficace mais à condition d'être préventif : évidement pétro-mastoïdien. En cas d'hémorragie dramatique, le tamponnement serré du conduit auditif, la compression de la carotide ou même sa ligature ne sont que des paliatifs, la guérison spontanée étant exceptionnelle.

Parmi les autres complications vasculaires de la tuberculose de l'oreille, il faut citer, pour mémoire, la thrombose du sinus latéral.

D. — Méningite.

De toutes les complications cérébrales de l'otorrhée tuberculeuse, la méningite est, de beaucoup, la plus redoutée, les abcès cérébraux et extra-dure-mériens étant exceptionnels.

Le tableau clinique ressemble au tableau classique de la méningite ordinaire : hypertension intracranienne, céphalée, vomissements, raideur, contractures, pouls rapide et instable, paralysie oculaire tardive, etc.

Dans les deux formes, il s'agit d'une méningite de la base avec lymphocytose de haut degré. Et le diagnostic reste incertain tant que la présence de B. K. dans le liquide céphalo-rachidien n'est pas démontrée.

Du point de vue pathogénique, on peut invoquer dans la plupart des cas une origine hématogène.

Il n'est pas démontré, en effet, que les méningites tuberculeuses qui évoluent chez les enfants porteurs d'otorrhée chronique suspecte soient d'origine otitique. Il est rare que l'indication opératoire se pose dans ces cas.

On ne voit qu'exceptionnellement une méningite tuberculeuse compliquer une intervention portant sur une otite

chronique bacillaire et ayant entraîné la découverte des méninges. Ceci tend à démontrer encore l'origine osseuse très rare des méningites tuberculeuses.

Le problème est plus délicat en ce qui concerne les otomastoïdites aiguës tuberculeuses de l'enfance.

Lorsque la méningite éclate, on peut se demander si elle n'est pas la conséquence d'une propagation du foyer même sur l'endocrâne. C'est pourquoi nous croyons devoir recommander l'intervention et le curettage.

Encore faut-il faire des réserves. Il est possible que certaines formes aiguës de l'otite tuberculeuse ne soient qu'une manifestation granulique et que cette bacillémie ait également ensemencé les séreuses méningées, indépendamment de toute propagation locale.

VIII. — DIAGNOSTIC

A. — Diagnostic clinique.

1° *Otite tuberculeuse secondaire* (d'après Cemach).

Toutes les otites évoluant chez les tuberculeux pulmonaires ne sont pas de nature spécifique. Nous reproduisons ici les symptômes relevés par Cemach constituant soit des signes de certitude, soit des signes de présomption.

A) *Signes de premier ordre ou pathognomoniques :*

— Nodules sur le tympan avec ramollissement puis destruction progressive de la membrane;
— Séquestre osseux;
— Sensibilité de la mastoïde à la pression dans une otite chronique;
— Détritus caséeux dans l'apophyse;
— Evolution postopératoire caractéristique.

B) *Signes de deuxième ordre :*

— Fistule mastoïdienne;
— Sténose annulaire du conduit auditif osseux;
— Fistule dans le conduit;
— Formation indolente d'une perforation sous les yeux du médecin;
— Destruction progressive du tympan;
— Abcès tympanique de Jœrgen Mœller;
— Bourgeons exubérants dans une otite aiguë.

c) *Signes de troisième ordre* (n'ayant de valeur que juxtaposés à d'autres signes) :

— Tuberculose pulmonaire;
— Cuti-réaction positive chez de très jeunes enfants;
— Tuberculose des ganglions pré-auriculaires;
— Paralysie faciale dans une otite chronique;
— Début indolent;
— Perforations multiples;
— Bourgeonnements intensifs récidivants;
— Sécrétion fétide dans une otite aiguë.

2° *Otite tuberculeuse primitive.*

a) **Oto-mastoïdites aiguës.** — G. Portmann classe les otites moyennes aiguës en otites moyennes aiguës simples, secondaires à une infection rhino-pharyngée banale (coryza, baignades, refroidissements, grippe bénigne), et en otites moyennes aiguës (scarlatine, coqueluche, rougeole, grippe).

La tuberculose ne figure pas parmi les facteurs étiologiques. Or, il semble bien que, chez l'enfant, et particulièrement au cours de la première enfance, l'otite aiguë tuberculeuse existe avec une certaine fréquence.

Nous avons déjà souligné la difficulté du diagnostic car il n'est pas toujours possible dans ces formes d'avoir recours aux méthodes de laboratoire que nous exposerons plus loin.

Nous tenons cependant à mettre en relief les caractères qui, en dehors des antécédents familiaux, *très importants*, permettent d'évoquer l'hypothèse d'une tuberculose aiguë.

α) Signes locaux. — Souvent ces otites ne réclament pas la paracentèse, car l'écoulement s'est installé avant que le diagnostic d'otite ait pu être porté. Si on doit y recourir, le tympan se montre infiltré mais pâle et l'écoulement qui fait suite à l'incision est peu abondant, épais et rapidement fétide. La mastoïde, douloureuse sans doute, n'est que peu

modifiée à la palpation. Rarement on observe le décollement rétro-auriculaire de l'oto-mastoïdite banale.

Enfin, l'évolution est très lente, la suppuration persiste des semaines sans qu'une modification importante de l'apophyse soit venue imposer la trépanation.

β) *Signes généraux.* — Ils contrastent avec la discrétion des signes locaux : pâleur du visage, anorexie, amaigrissement, oscillations thermiques non expliquées par une décharge purulente ou un gonflement mastoïdien. Il y a aussi irrégularité dans cette courbe fébrile qui parfois se maintient plusieurs jours à 38° pour s'élever brusquement à 39° ou 40°, sans frissons mais avec sueurs profuses.

Diagnostic rétrospectif :

α) *Au cours de l'intervention.* — Alors qu'on n'avait pas songé à une forme tuberculeuse de l'otite, la trépanation montre dans la mastoïde des granulations pâles, un pus caséeux qui éveille les soupçons et pousse à demander un examen anatomo-pathologique ou bactériologique.

β *Après l'intervention.* — La fistulisation de la plaie mastoïdienne, son aspect blafard, la lenteur de la guérison, en même temps qu'un état général médiocre qui ne se rétablit pas après l'opération, sont également des signes d'une imprégnation tuberculeuse. Souvent même, des curettages répétés ne font pas céder la suppuration.

Le conduit, lui-même, continue à sécréter alors que la plaie rétro-auriculaire a fini par se cicatriser.

b) **Mastoïdites primitives.** — Les mastoïdites primitives banales sont assez rares, mais on les voit chez les nourrissons et il ne faut pas en conclure à leur nature tuberculeuse.

Au cours de la deuxième enfance, le diagnostic est à faire entre une gomme tuberculeuse et une gomme hérédo-syphilitique : si les antécédents bacillaires ne sont pas chargés, on est autorisé à faire, avant la trépanation, un traitement mercuriel d'épreuve.

c) **Otorrhées tuberculeuses.** — Les otites chroniques, d'après Portmann et Kistler, se classent en : otites moyennes chroniques simples, otites moyennes chroniques cholestéatomateuses et otites moyennes chroniques tuberculeuses. Ici, la tuberculose a droit de cité et son diagnostic est toujours à discuter chez l'enfant.

L'otite chronique simple d'origine rhino-pharyngée se reconnaît par sa perforation large méso-tympanique qui ne laisse s'écouler de pus que lorsque l'enfant s'enrhume : l'enfant « se mouche par son oreille ».

Le diagnostic est plus difficile entre le cholestéatome et la tuberculose : lorsque les lamelles cholestéatomateuses sont évidentes dans le conduit, le diagnostic ne fait pas de doute; mais lorsque le pus est crémeux, fétide, il peut être aussi bien d'origine tuberculeuse. L'otoscopie n'offre pas beaucoup de ressources : tout au plus pouvons-nous suspecter la tuberculose lorsque le fond de la caisse est pâle et que les granulations en sont blafardes; aussi est-ce surtout pour l'otorrhée chronique que nous devons faire appel aux méthodes de laboratoire que nous énumérons maintenant. Nous insistons une fois de plus sur l'attention que nous devons accorder aux antécédents familiaux, surtout en matière d'interventions chirurgicales, dans les otites chroniques de l'enfance.

B. — Diagnostic biologique.

1° *Recherche du B. K. par l'examen direct.* — Méthode parfois efficace, mais souvent décevante car le B. K. est rare ou même absent. Collet et Mayoux notent que la proportion des succès varie largement avec les observateurs et la technique employée. Ils ajoutent que, dans l'ensemble, c'est à peine si l'on peut dire que l'on obtient un succès sur trois examens de pus. Même après homogénéisation, il subsiste encore 25 % de résultats négatifs, d'après Cemach. Il faut enfin tenir compte des B. K. qui ne sont pas pathogènes et

ne pas oublier que si tous les B. K. sont acido-résistants, tous les acido-résistants ne sont pas des B. K. Donc, attention aux pseudo-B. K.

2° *Inoculation au cobaye.* — Cette méthode est plus rigoureuse que la précédente, mais appelle quelques remarques. Tout d'abord, elle n'est pas rapide car il s'écoule de longues semaines entre l'inoculation et le moment où l'on peut affirmer le diagnostic. Ensuite, il faut tenir compte du pourcentage des cobayes tués précocement par les microbes pyogènes; il faut alors recommencer.

D'autre part, une inoculation négative ne permet pas d'éliminer à coup sûr la tuberculose. Certains B. K., quoique réellement pathogènes, ne sont pas assez virulents pour tuberculiser le cobaye. Pratiquement, le cas se produit rarement. A l'inverse, une inoculation positive ne permet pas, à priori, d'affirmer la tuberculose. Cette éventualité est, heureusement, exceptionnelle, mais il ne faut pas la perdre de vue.

3° *Méthode Löwenstein.* — Excellente, pratique, sensible et rapide : les micro-cultures apparaissent au bout de huit jours. Il y a intérêt à utiliser conjointement l'inoculation au cobaye pour confirmer le diagnostic, car la méthode Löwenstein présente parfois quelques difficultés d'interprétation. Collet et Mayoux remarquent, tout en le déplorant, que cette méthode est passée sous silence dans bien des travaux récents sur la tuberculose auriculaire.

4° *Examen histologique.* — La biopsie est précieuse car elle donne une réponse rapide; mais il faut savoir que, peut-être dans les deux tiers des cas, il n'existe pas de lésions histologiquement bien caractérisées. D'autre part, si l'on constate des follicules de Koester typiques, il faut demander à la bactériologie de confirmer leur nature tuberculeuse.

5° *Réaction focale à la tuberculine, réactions sérologi-*

ques, etc. — Sans grand intérêt pour le diagnostic, elles permettent, parfois, de situer l'otite dans le cycle de l'infection tuberculeuse.

C. — Diagnostic radiologique.

De l'avis de Collet et Mayoux, si la radio permet de préciser l'existence et l'extension de la décalcification osseuse, elle fournit peu d'indications sur sa nature. La lecture des clichés ne constitue donc qu'une méthode de diagnostic complémentaire.

Mayer et Thienpont ont approfondi la question et ont démontré, avec une série de clichés typiques, que la mastoïde arrive à prendre des aspects pathognomoniques se traduisant, selon le degré de nécrose, par une fine ligne limitant le bord supérieur du rocher ou par une image éburnée.

IX. — TRAITEMENT

A. — Traitement général.

1° **Cure hygiéno-diététique.** — Elle constitue l'élément thérapeutique essentiel. Qu'elle se fasse à la mer ou à la montagne selon les cas, elle demande un équilibre judicieux entre le repos et l'exercice dosé. Elle doit enfin être accompagnée d'une alimentation aussi abondante que substantielle.

2° **Traitement médicamenteux.** — Qu'il s'agisse d'éther, benzyl-cynnamique de rubrophène, de triméthoxy-dioxy-oxotritane, les résultats n'ont pas été décisifs, tout au moins jusqu'à présent.

3° **Traitement spécifique** (antigène méthylique et surtout tuberculine). — L'action est analogue à celle du traitement des ostéites chroniques tuberculeuses. Le résultat est assez bon dans l'ensemble. Collet et Mayoux notent que ce traitement aurait donné satisfaction, à l'étranger en particulier.

B. — Traitement local.

C'est, dans l'ensemble, celui des otites banales : lavages suivis d'instillations antiseptiques; fongosités cautérisées à l'acide chromique ou au nitrate d'argent; polypes enlevés au serre-nœuds. Moreaux aurait obtenu d'excellents résultats avec la solution de Calot et la méthode de Finikoff.

1° **Héliothérapie.** — C'est un très grand remède, quoique de mécanisme inconnu. On a intérêt à l'utiliser,

non seulement d'une manière générale mais surtout, si possible, localement, après que l'intervention aura réalisé le vaste entonnoir accessible à l'air et à la lumière dont parle Larmoyez.

2° **Actinothérapie artificielle.** — On l'utilise dans le traitement des plaies fistulisées où son action est efficace. Elle peut remplacer l'héliothérapie lorsque le soleil est rare (régions septentrionales, époques nuageuses).

3° **Radiothérapie.** — Elle est utilisée en Allemagne, mais son dosage est délicat car le dépassement de la dose-érythème peut conduire à des désastres.

C. — Traitement chirurgical et indications opératoires.

1° **Oto-mastoïdites aiguës.** — Il est exact que lorsqu'on intervient, le diagnostic n'est pas fait. Il se fait souvent au cours de l'intervention ou après l'acte opératoire. Néanmoins, les résultats obtenus, qui ne sont pas toujours catastrophiques, montrent qu'on envisage le traitement chirurgical de ces otites.

Signes otitiques. — Lorsque l'otite se borne à un écoulement sans réaction du côté de la mastoïde, on a intérêt à temporiser, si l'on soupçonne une nature tuberculeuse. Les signes généraux peuvent devenir importants : fièvre, amaigrissement, etc. Alors la trépanation de la mastoïde est subordonnée à l'examen de l'état général. Si la radiographie ne montre aucune atteinte du parenchyme pulmonaire ou des ganglions médiastinaux, la trépanation peut être opportune, surtout si un cliché de la mastoïde a donné des signes de destruction osseuse.

Signes mastoïdiens. — La mastoïde montrant des symptômes d'extériorisation, il n'y a aucun intérêt à attendre, même si les soupçons d'une mastoïdite tuberculeuse semblent fondés. La radiographie des deux mastoïdes montre le degré des lésions osseuses, sinon leur nature.

Signes méningés. — En présence d'une méningite dont la nature tuberculeuse est établie, l'abstention est fort sage. Tant qu'il y a des doutes d'infection banale, on a, au contraire, le devoir de conjuguer l'opération avec la thérapeutique médicale.

2° **Mastoïdite primitive.** — La tendance à la fistulisation d'un foyer osseux ne permet pas de temporiser. Le curettage offre l'avantage de confirmer le diagnostic si la ponction ne l'a déjà fait.

3° **Otorrhée tuberculeuse.** — Lorsque le diagnostic d'otite tuberculeuse est posé, le traitement chirurgical cédera le pas aux méthodes biologiques et à la cure hygiénodiététique tant que ne surgira pas une complication menaçante pour le labyrinthe ou l'endocrâne. Mais la paralysie faciale, les signes d'irritation labyrinthique ou vestibulaire, les menaces de méningite (céphalées, vomissements) commandent l'évidement pétro-mastoïdien. Sans doute devra-t-on s'attendre, dans ce cas, à des suites longues et difficiles, mais il n'est pas interdit d'obtenir dans le temporel les résultats recherchés dans le traitement chirurgical des ostéites tuberculeuses chroniques. A ce traitement chirurgical seront associées les autres méthodes de thérapeutique médicale.

X. — TABLEAU COMPARATIF DES PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES OTO-MASTOÏDITES TUBERCULEUSES PRIMITIVES ET SECONDAIRES

	O.-M. T. PRIMITIVES	O.-M. T. SECONDAIRES
Etiologie	Beaucoup d'enfants atteints. Fréquence relative. Antécédents personnels non pulmonaires ou héréditaires non forcément pulmonaires.	Peu d'enfants atteints. Rareté relative. Antécédents personnels pulmonaires.
Symptomatologie	Assez banale.	Plus typique.
Diagnostic *clinique*	Malaisé.	Plus facile.
Diagnostic *biologique*	Assez facile.	Assez facile.
Pronostic	Généralement bon.	Généralement mauvais.
Complications	Assez rarement graves. Peu nombreuses.	Souvent mortelles. Assez nombreuses.
Traitement	Médico-chirurgical et général.	Surtout général. Eviter si possible l'intervention.

XI. — OBSERVATIONS

Observation I

(Collet et Mayoux)

Yvette F..., un an et demi.

Entrée le *16 décembre 1930*. Vient de la consultation de l'Hôtel-Dieu pour mastoïdite.

Antécédents héréditaires : mère en excellente santé; pas d'antécédents tuberculeux; a eu trois enfants, tous bien portants. Père en bonne santé.

L'affection actuelle a débuté par une otorrhée droite remontant à l'âge de dix mois, accompagnée de douleur et de fièvre.

Examen général négatif.

Intervention le *16 décembre 1930* (Professeur Collet). — Dès l'incision des partie molles, pus sous-périosté. Il y a une vaste perte de substance qui a rongé la paroi postérieure du conduit. De plus, en arrière, large diverticule intra-osseux, rempli de pus. Curettage secondaire. On ne voit pas le sinus latéral. Expectative. Envoi de fongosités au laboratoire pour inoculation au cobaye.

Résultat le *28 février 1931* : le cobaye est mort de T. E. G.

La plaie mastoïdienne s'est cicatrisée en cinq semaines.

27 octobre 1933. — L'oreille coule toujours : il existe une perforation de la membrane de Shrapnell. Pas de fistule mastoïdienne. Audition de la voix basse à 1 mètre. Assez bon état général.

Observation II

(Collet et Mayoux)

Jeanine C..., huit ans. Œuvre Grancher.

Entrée le *19 mai 1931*.

L'affection à débuté le *9 mars* par une tuméfaction de la

région mastoïdienne avec rougeur et formation d'un abcès incisé par le médecin au mois d'avril. Issue de pus avec des grumeaux; puis cicatrisation.

Au début du mois de mai, la malade présente une otorrhée droite et le *18 mai 1931,* poussée aiguë avec température à 39°, grosse tuméfaction mastoïdienne, œdème remontant dans la région temporale. Pas de signes méningés.

Intervention le *20 mai 1931* (Docteur Bertoin). — Abcès superficiel en rapport avec vaste perforation de l'apophyse et rempli de fongosités, sans présence nette de pus.

Inoculation des fongosités pratiquée le *20 mai 1931.* Le cobaye, sacrifié le 18 juillet 1931, présentait des lésions de T. E. G.

Le *20 novembre 1932,* on reçoit des nouvelles de la petite malade : sa santé serait satisfaisante.

Observation III

(Collet et Mayoux)

René P..., dix-huit mois.

Entré le *2 avril 1931* avec une otorrhée gauche datant de trois semaines. Mais l'écoulement a cessé brusquement et le matin de l'arrivée est apparu un gros gonflement rétro-auriculaire décollant le pavillon de l'oreille.

Examen général négatif.

Intervention le *2 avril 1931* (Docteur Bertoin). — Mastoïdectomie, grosse lésion osseuse de l'apophyse.

20 octobre 1931. — Nouveau séjour. Revient pour suppuration qui avait persisté depuis l'opération au niveau de la cicatrice.

Intervention le *21 octobre 1931* (Docteur Proby). — Incision sur la cicatrice. Tissu de granulation remplissant l'antre. Séquestres encastrés dans l'aditus. Curettage. Crin, mèche.

Envoi de granulations pour inoculation.

Le *23 décembre 1931,* le cobaye est mort de T. E. G.

La plaie mastoïdienne s'est cicatrisée au début de 1933.

2 juillet 1934. — Il n'existe pas de fistule mastoïdienne mais

l'oreille a toujours coulé. Fond de caisse bourgeonnant. Entend la voix basse à 1 mètre. Excellent état général.

A perdu au début de 1933 une sœur morte de méningite à l'âge de six mois. En 1935, le père est mort tuberculeux.

22 juin 1938. — L'oreille droite coule toujours. La voix basse est entendue à 0 m. 40. Rinne négatif. Limite inférieure 64. Limite supérieure normale.

Observation IV

(Collet et Mayoux)

Robert D..., deux ans et demi.

Entré le *8 juillet 1930*. Le malade s'était présenté à la consultation pour otite et gros gonflement sous le lobule de l'oreille qu'il soulève avec une ulcération superficielle.

Séjour antérieur à l'hôpital de la Croix-Rousse pour rougeole.

Actuellement, ulcération à bords décollés. A l'examen, on trouve dans le conduit auditif un séquestre impossible à extraire par cette voie.

Examen général négatif.

Intervention le *8 juillet 1930* (Docteur Bertoin). — Incision rétro-auriculaire. On tombe dans une espèce de boullie fétide à odeur de marée pas fraîche constituée par du tissu néoformé et des fongosités. On retire ainsi plusieurs séquestres assez volumineux.

La paroi postérieure du conduit est complètement nécrosée.

Cependant, en aucun point on ne voit le facial. Le simple curettage amène à creuser une cavité qui réalise à peu près un évidement : il ne reste qu'une mince paroi représentant l'aditus. Lésions d'ostéite du toit de l'antre, de la caisse; néanmoins, on ne dénude pas la dure-mère. Le sinus latéral n'est pas vu. Plastique avec résection de la paroi postérieure du conduit membraneux.

Le 9 juillet, ponction lombaire. Liquide céphalo-rachidien normal.

L'inoculation des fongosités au cobaye est positive.

L'enfant meurt le *1er août* avec des symptômes de broncho-pneumonie.

Autopsie le *3 août 1930*. — Lésions de broncho-pneumonie disséminées dans les deux poumons, avec gros bloc d'hépatisation à la base du poumon gauche. Pas de lésions méningées ni d'abcès cérébral. Pas de dilatation ventriculaire. Mastoïde bien drainée, sans foyer de rétention ni séquestre. Larynx : pas de fausse membrane, mais des points granuleux dans la muqueuse, surtout dans la portion sous-glottique, avec petites érosions. Face antérieure : au point de convergence des bandes et des cordes, petit pertuis conduisant dans une cavité grosse comme une tête d'épingle à parois jaunâtres et d'où s'écoule une sécrétion jaunâtre.

Observation V

(Collet et Mayoux)

Germaine P..., trois ans et demi.

Premier séjour le *21 mai 1930*. — La petite malade est envoyée de la crèche Saint-Ferdinand où elle était hospitalisée pour broncho-pneumonie à la consultation d'oto-rhino-laryngologie pour otite le *14 mai*.

Elle entre à la clinique le *21 mai*. — On lui fait une paracentèse droite. Le soir, elle présente une dyspnée laryngée avec collection pharyngée et choc en retour. On fait une ouverture à la pince et, le lendemain, élargissement de cette ouverture. Le *24 mai*, ouverture d'un abcès cervical.

Deuxième séjour, *juillet 1930*. — Notre malade revient de nouveau dans le service : elle a gardé depuis le début une température au-dessous de 39°, quelquefois dépassant 39°, se cachectisant peu à peu. Elle a fait plusieurs abcès cervicaux qu'on a incisés et drainés.

A l'examen : oreille gauche, écoulement peu abondant; oreille droite, écoulement abondant et persistant. Aucune douleur à la pression des mastoïdes.

Intervention le *4 juillet 1930* (Docteur Bertoin). — A droite, vaste cavité remplie de pus occupant toute l'apophyse, en communication avec l'antre. On ne voit pas le sinus latéral pas plus que la dure-mère. A gauche, cavité pleine de pus de même

aspect; l'antre est difficilement trouvée et étant située un peu bas. La dure-mère est dénudée et ne paraît pas lésée.

Troisième séjour le *16 avril 1931*. — La malade est envoyée par le Docteur F. Bérard avec réaction mastoïdienne des deux côtés. Un curettage avait été fait qui avait ramené des fongosités. Consécutivement, la température était montée jusqu'à 40°. On pensait à une suppuration de voisinage du sinus latéral ou de la dure-mère.

Actuellement, réaction mastoïdienne double et suppuration de l'oreille droite.

Intervention le *19 avril 1931* (Docteur Bertoin.) — Fongosités de l'apophyse surtout à la pointe. Le sinus latéral, dénudé, paraît sain; les lésions trouvées n'expliquent pas l'hyperthermie.

Le *17 mai 1931*, l'auscultation de la malade révèle un foyer congestif de la base droite, des râles crépitants mais pas de souffle.

Quatrième séjour le *30 janvier 1932*. — La malade, qui avait fait un séjour à Giens, revient avec une otorrhée chronique bilatérale surtout accusée du côté droit. La température est normale à 37°, 37°5.

Intervention le *18 mars 1932* (Professeur Collet). — Incision de la cicatrice. Parties molles très adhérentes et hyperostose de la partie supérieure du conduit. Le sinus latéral a été largement découvert à la première intervention. Elargissement de la brèche : 1° vers le haut, la dure-mère congestionnée est mise à nu, os très mince et malade; 2° vers le bas, large cavité purulente; en avant, hyperostose. On enlève beaucoup de bourgeons après avoir prélevé du pus à la pipette. Brèche de la paroi externe de l'aditus. Ablation de l'enclume et du marteau. Deux mèches.

Examen du pus opératoire. — Pas de microbes visibles, culture stérile. Examen histologique des fongosités mastoïdiennes : « Il s'agit d'une inflammation nodulaire à cellules géantes avec cellules épithélioïdes dans une zone caséifiée vraisemblablement d'origine tuberculeuse ».

Inoculation au cobaye pratiquée le *2 mars 1932* : réponse positive le *4 mai*.

Observation VI

(Collet et Mayoux)

Jean-Louis C..., huit ans.

Entré le *6 mai 1931*. Otalgie depuis un mois avec otorrhée consécutive. A l'entrée : mastoïde très douloureuse à la pression. Pas de céphalée, pas de vomissements, pas de frissons. Température 38°3. Examen général négatif.

Intervention le *9 mai 1931* (Docteur Bertoin). — Infiltration des tissus superficiels. Après ablation de la coque externe, il survient un peu de pus. L'apophyse entière est le siège d'ostéite fongueuse. Curettage de toute la paroi. Dure-mère mise à découvert. Sinus latéral largement mis à nu; sa paroi est épaissie et recouverte de fongosités. Etant donné l'apyrexie, on ne ponctionne pas.

Inoculation des fongosités pratiquée le *9 mai 1931*. Résultat le *11 juillet* : le cobaye est mort de T. E. G.

Observation VII

(Collet et Mayoux)

Joséphine B..., deux ans et demi.

Entrée le *6 mai 1930*. La maladie a débuté par un coryza avec douleurs d'oreilles et fièvre vers le 15 avril. Le *5 mai 1930* apparaît la tuméfaction mastoïdienne en même temps que la température s'élève. Examen général négatif.

Intervention le *6 mai 1930* (Docteur Bertoin). — Abcès sous-cutané. La corticale est entamée par une large perforation spontanée et s'écroule d'ailleurs sous la rugine. La mastoïde entière est remplie de fongosités. On est ainsi amené à faire un évidement à peu près total. Le sinus latéral est largement mis à nu. Pointe abrasée en totalité. On ne fait pas de plastique étant donné l'étendue des lésions.

Culture des fongosités mastoïdiennes, flore microbienne de contamination. Fongosités inoculées le *9 mai 1930*. Résultat le *29 juillet* : le cobaye est mort de T. E. G.

27 octobre 1933. — La plaie mastoïdienne s'est cicatrisée au

bout de six mois. L'oreille n'a pas coulé. Les deux tympans sont cicatriciels. La voix basse est entendue à 3 mètres à droite et à gauche. La limite inférieure et la limite supérieure des sons perçus sont normales.

Observation VIII

(Collet et Mayoux)

Elise F..., dix mois.

Amenée le *6 janvier 1931* pour mastoïdite aiguë. Excellente santé jusque là. La maladie a débuté le jour de Noël par une angine; température à 40°5.

L'enfant allait mieux lorsque, le *31 décembre*, après avoir crié toute la nuit en portant la main à son oreille, la température remonte à 40°. Le lendemain, l'oreille coule mais la température se maintient entre 38° et 39°. Examen général négatif. On pratique simplement l'incision de Wilde.

Le *24 février*, elle revient avec une fistule mastoïdienne.

Deuxième intervention (Docteur Mayoux). — Curettage de l'antre et des environs. La paroi postérieure osseuse du conduit manque à peu près complètement.

Le *30 avril*, revient avec une fistule mastoïdienne qui suppure un peu.

Troisième intervention. — La cavité opératoire est bourrée de fongosités. Pas de lésions osseuses. Curettage.

L'enfant est perdue de vue, se mère refusant de la laisser partir à Giens.

Le cobaye inoculé, sacrifié le *11 mai 1931*, présentait des lésions nettes de T. E. G. (Docteur Gardères).

On retrouve assez facilement le mode d'inoculation. La mère, jusque là très bien portante avec cinq enfants, a présenté peu de temps après la naissance du sixième (qui est notre malade) une tuberculose pulmonaire peu évolutive d'ailleurs.

27 octobre 1933. — La plaie opératoire est actuellement cicatrisée. L'oreille coule toujours : destruction totale du tympan. Gros bourgeons rouges. Entend la voix basse à 50 centimètres. Excellent état général.

23 juin 1938. — Bon état général. Il existe aujourd'hui un

abcès ganglionnaire pré-auriculaire dont le pus tuberculise le cobaye. L'oreille coule toujours. La montre est entendue à 20 centimètres. Rinne négatif. Limite inférieure 32. Limite supérieure normale.

Observation IX

(Collet et Mayoux)

Ernoline G..., quatre ans.

Entrée le *22 avril 1931*. Envoyée par le Professeur Lannois.

Depuis l'âge de quatre mois, les deux oreilles ont coulé à plusieurs reprises, chacune de ces otites débutant par des douleurs; dans l'intervalle, l'oreille ne coulait pas.

A l'entrée, on note, à l'inspection de la région rétro-auriculaire gauche, une tuméfaction rouge et tendue, recouverte d'une peau luisante. La température est à 37°5. Examen général négatif.

Intervention le *22 avril* (Professeur Collet). — Incision de tissus lardassés saignant peu, épine de Henlé visible mais pas de tache perforée. Au deuxième coup de gouge, au lieu d'élection, hémorragie avec battements. Tamponnement. On trouve alors une mastoïde sans pus, sans fongosité, mais très ramollie, de telle sorte qu'il y a une vaste cavité péri-antrale. On enlève le tamponnement et l'on voit qu'il s'agissait de la dure-mère anormalement procidente. Elle ne saigne plus. Tranchée sur la pointe avec la curette-mousse. Le sinus latéral est alors découvert largement.

L'inoculation au cobaye est positive quelques mois plus tard. La malade est revue le *20 novembre 1932* à la clinique. La plaie mastoïdienne ne s'est fermée qu'en *décembre 1931*. Deux petits séquestres avaient été éliminés en *mai 1931*.

A l'examen. — Oreille droite : tympan cicatriciel; montre, 0 m. 20; limite inférieure, 64; limite supérieure normale. Oreille gauche : tympan cicatriciel; plaie mastoïdienne bien cicatrisée; montre, 0 m. 30; limite inférieure, 32; limite supérieure normale.

22 juin 1938. — Bon état général. Les oreilles ne suppurent plus.

Observation X

(Collet et Mayoux)

Janine T..., trois ans.

Entrée le *13 décembre 1927*. Antécédents héréditaires : mère morte de tuberculose peu après la naissance de l'enfant.

L'écoulement a débuté à l'âge de quatre mois, sans causes précises ni douleurs marquées et des deux côtés à la fois. Depuis, otorrhée fétide.

A l'entrée, aucune réaction mastoïdienne, aucun phénomène douloureux. Ecoulement horriblement fétide, la caisse du tympan est pleine de bourgeons. Examen général négatif.

Intervention, *13 décembre 1927* (Docteur Gaillard). — On pratique un curettage de la caisse; envoi des fongosités au laboratoire pour inoculation au cobaye.

Deuxième séjour, *17-19 décembre 1927*. — La malade revient avec des signes mastoïdiens sans température. A l'examen : douleur et rougeur rétro-auriculaires sans gonflement; la palpation de la mastoïde montre une zone dépressible grande comme une pièce de un franc.

Intervention le *17 décembre* (Professeur Collet). — Anesthésie générale mélange Billroth. L'incision mène sur des fongosités sans pus, pâles pour la plupart. Large trépanation au lieu d'élection, rempli de fongosités pâles. Le curettage sommaire réalise une cavité lisse avec aditus accessible. On fait sauter la paroi externe de l'aditus. Curettage de la caisse. Extraction d'un osselet. On excise largement : 1° la paroi postérieure du conduit tapissée de fongosités et une partie de la conque; 2° la lèvre postérieure de l'incision, après l'avoir préalablement éversée. Tamponnement à la gouge après suture. La malade a beaucoup vomi le soir de l'intervention.

Le *19 décembre*. — Un peu de raideur de la nuque, les yeux plafonnent. La température est à 38°2. Ponction lombaire : pression au manomètre de Claude, 48; liquide un peu louche en jet. Une minute après la ponction, convulsion du bras droit et déviation conjuguée des yeux surtout à gauche. Une minute après, les yeux dévient à droite. Paralysie du bras droit. Puis convulsion dans la jambe gauche et déviation à gauche en

même temps que les yeux se ferment. A treize heures, nouvelle convulsion bilatérale pendant deux heures. Décès à 17 heures.

Examen du liquide céphalo-rachidien : albumine, 1,20 g.; très légère hypogrycorachie; 400 polynucléaires au millimètre cube; très nombreux pneumocoques.

Autopsie le *21 décembre 1927*. — Méningite purulente ayant son maximum au niveau de la convexité. Très peu d'exsudat au niveau de la face inférieure du lobe temporo-sphénoïdal. Pas d'exsudat et seulement un peu de congestion au niveau des méninges cérébelleuses. La dure-mère au niveau du temporal est absolument saine. L'examen de l'os ne montre aucune déhiscence, aucune fistule, aucune voie possible d'infection. Le conduit auditif interne et le labyrinthe paraissent normaux. Une grosse fongosité adhérente masque la fenêtre ovale.

Résultat de l'examen histo-pathologique : « Le fragment examiné nous montre une muqueuse du type ecto-dermique légèrement hyperplasiée, sur un stroma dense, infiltré d'éléments inflammatoires du type leucocytaire. Il s'agit certainement d'une inflammation chronique. Mais aucun élément ne permet d'affirmer la tuberculose. »

Résultat de l'inoculation : le cobaye présentait des lésions de T. E. G.

Observation XI

(Collet et Mayoux)

Micheline F..., quatre ans et demi.

Pas d'antécédents tuberculeux, ni familiaux ni personnels.

N'a jamais rien eu aux oreilles.

Le *1^er^ juin 1933* : rougeole; trois jours après le début de l'éruption, la température remontre à 39° en même temps qu'apparaît une vive douleur dans l'oreille et presque aussitôt l'écoulement. La température persiste plusieurs semaines, expliquée par un abcès à la cuisse et un autre à l'avant-bras. L'enfant part en vacances. La suppuration de l'oreille persiste. Peu à peu, sans douleur ni température, la mastoïde se tuméfie, rougit et, le *23 août 1933*, on pratique une mastoïdectomie étendue (Docteur Jaubert).

L'enfant est vue en octobre : il existe une très vaste cavité

rétro-auriculaire où la dure-mère et le sinus latéral sont largement dénudés. Bourgeons hémorragiques très abondants.

Devant la persistance de la suppuration et l'élimination à deux reprises de petits séquestres, on pratique une inoculation au cobaye en *janvier*. En *février*, l'animal sacrifié présente des lésions de T. E. G. L'examen général est négatif. Rien aux poumons.

La plaie se ferme le *3 avril 1934* en même temps que l'écoulement d'oreille se tarit. A cette date, la voix basse est entendue à 3 mètres. Dans les jours qui suivent apparaît une adénopathie cervicale du volume d'un œuf, qui régresse en trois semaines.

En *1937*, adénopathie cervicale, régressant sans suppuration.

En *juin 1938*, tout va bien.

Observation XII

(Collet et Mayoux)

Louise-Marcelle B..., six ans.

Malade envoyée pour otite chronique avec réaction mastoïdienne droite. L'enfant présentait un écoulement de l'oreille droite.

Un mois auparavant, elle a contracté la coqueluche dont elle est guérie, mais elle tousse encore fréquemment.

A l'examen, rien de spécial au point de vue du nez ou de la gorge. Quelques petits polypes seulement dans l'oreille droite. Il est à noter que l'enfant présente, au niveau du genou droit, un abcès froid probable. Examen pulmonaire négatif.

11 juin. — Pas de température; pas de douleur sur la mastoïde. Petits ganglions de la région mastoïdienne moyenne. On décide cependant d'intervenir : anesthésie générale Billroth. Ostéite de la corticale mastoïdienne externe dont la surface est évidée en cupule. L'antre est ouvert à la curette et on enlève un fragment séquestré du volume d'un petit haricot; l'os est ramolli, de consistance sucre mouillé. On prélève des fongosités pour inoculation au cobaye. Curettage de la caisse par le conduit qui ramène encore un polype. Chlorure de zinc, mèche.

31 juillet. — Le cobaye sacrifié présente des lésions de T. E. G.

29 août. — L'enfant est amenée par ses parents, bien que sa plaie mastoïdienne ne soit pas complètement cicatrisée. Il persiste toujours une petite fistule, mais l'écoulement de pus est très peu abondant.

Observation XIII

(Collet et Mayoux)

Suzanne B..., deux ans.

Adressée pour mastoïdite aiguë le *4 mars 1926*. La mère est morte de tuberculose pulmonaire. L'affection a débuté très insidieusement. L'enfant n'avait pas maigri ni perdu d'appétit; ni coryza, ni angine. Sa grand'mère s'aperçoit, par hasard, de la tuméfaction rétro-auriculaire.

Examen. — Gros décollement de toute la région mastoïdienne et temporale gauche. Ecoulement purulent par le conduit. Pas de réaction méningée. Température entre 37° et 38°. Examen général négatif.

Le *6 mars*. — Trépanation mastoïdienne. Incision de l'abcès qui conduit sur la mastoïde qu'on ouvre à la curette. Pus et fongosités dans les cellules peu nombreuses. Curettage et pansement. Inoculation au cobaye.

Le *22 mars*. — Suites opératoires normales. L'oreille droite coule. Après lavage on voit une perforation à la partie antéro-inférieure du tympan.

Le *15 avril*, la plaie mastoïdienne est cicatrisée.

Le *28 avril 1926*. — Le cobaye sacrifié présente des lésions de T. E. G.

Le *27 avril 1934*. — Excellent état général. Pas de fistule mastoïdienne ni de suppuration d'oreille à gauche. L'oreille droite suppure abondamment et le conduit est encombré de gros bourgeons.

Examen de l'audition. — Oreille droite, montre 0 m. 40; limite inférieure 64; limite supérieure normale. Oreille gauche : comme à droite. Rinne positif.

Mai 1934. — Exérèse de volumineuses végétations adénoïdes. L'examen histologique et l'inoculation au cobaye sont négatifs.

Observation XIV

(Collet et Mayoux)

Louis D..., treize mois.

Entré pour mastoïdite. Mère bien portante. Père tousse depuis deux ans. Début il y a quinze jours à la suite d'un rhume. Douleurs, puis immédiatement la mère remarque un écoulement de l'oreille droite. La température oscille entre 38° et 38°5. Depuis sept jours, la mastoïdite paraît douloureuse.

Examen. — Ecoulement purulent un peu sanguinolent et très abondant de l'oreille droite. L'enfant crie dès qu'on touche la région mastoïdienne qui est légèrement tuméfiée. Un peu de décollement du pavillon. Gonflement de la partie postérieure du conduit auditif. Examen général négatif.

Intervention *27 janvier*. — Incision rétro-auriculaire. Ouverture d'un abcès sous-périosté. Il existe une perte de substance de la table externe de la mastoïde au niveau et au-dessus de l'antre de l'étendue d'une pièce de deux francs. L'antre est ouvert facilement à la curette à sa place habituelle. Tout autour de lui et remontant vers la perte de substance ci-dessus, l'os est friable et s'enlève facilement à la curette; il n'y a pas de cellule mastoïdienne, ce qui donne à la lésion un aspect ostéo-myélitique. On ne découvre pas la dure-mère; pansement, suite opération normale.

27 janvier. — Inoculation au cobaye de pus et de fongosités.

9 février. — L'enfant quitte le service et reviendra se faire panser.

10 mars. — Fistule mastoïdienne persistant sans aucun progrès.

18 mars. — Le cobaye sacrifié présente des lésions de T.E.G.

20 mai. — L'enfant meurt chez lui de méningite (?).

Observation XV

(Collet et Mayoux)

Angèle G..., cinq ans, orpheline.

Entrée le *15 septembre 1922* dans le service du Professeur Collet. L'oreille gauche coule depuis au moins un mois.

Le *13 septembre* survient une brusque tuméfaction de la pointe de la mastoïde en même temps que des douleurs qui empêchent l'enfant de dormir.

Tuméfaction circulaire du volume d'une noisette, fluctuante, douloureuse, siégeant à la partie inférieure de la mastoïde. La paracentèse du tympan bombé donne un peu de pus fétide.

Intervention. — Incision comme pour une mastoïdite; puis le bistouri, dirigé en arrière, ponctionne la petite masse ganglionnaire décrite ci-dessus : rien n'en sort, mais la pression donne issue à du caséum; l'apophyse, ruginée, montre un pertuis postérieur correspondant au sinus latéral ou à l'arrière de celui-ci, et des érosions de la région antrale. L'opération, faite uniquement à curette, enlève l'os carrié et découvre le sinus latéral, puis ouvre des cellules de la pointe occupée par des fongosités, enfin, un antre de grande dimension rempli de pus et de fongosités. On fait sauter le pont séparant ces deux cavités. Un seul coup de gouge est donné pour élargir la brèche dans le tissu sain en arrière et en haut. La dure-mère n'a pas été vue. Tamponnement à la gaze imbibée d'eau oxygénée. Caséum et fongosités envoyés à la faculté pour inoculation.

Le cobaye, inoculé le *15 septembre,* a été sacrifié le *10 janvier* suivant : il présente des lésions de T. E. G.

21 novembre 1922. — La plus grande partie de la plaie est cicatrisée : il reste un gros bourgeon annulaire qui admet la sonde cannelée et la laisse pénétrer à plus d'un centimètre de profondeur. Crayonnage au nitrate d'argent.

15 décembre. — La suppuration est tarie, la cicatrisation en bonne voie.

3 janvier 1923. — Otite droite. Tympan rouge, paracentèse.

Observation XVI

(Collet et Mayoux)

Colette J..., dix mois.

Entre à la clinique d'oto-rhino-laryngologie le *27 avril 1937.*

A présenté une rougeur trente jours auparavant et douze

jours plus tard est apparue une vive douleur dans l'oreille droite, suivie de suppuration. L'écoulement à cessé brusquement il y a deux jours, en même temps que la température est montée à 39°.

A l'entrée : décollement du pavillon à droite; la pression sur la mastoïde, même légère, est très douloureuse.

Intervention le *28 avril 1937* (Docteur Charachon). — Pus à l'incision des parties molles. Abcès sous-périosté. La coque osseuse est érodée sans qu'il y ait de véritable fistule. L'antre est découvert d'un coup de curette.

Envoi de fongosités pour inoculation : le cobaye, sacrifié le *26 juin 1937*, présente des lésions de T. E. G.

Observation XVII

(Bertoin, Collet et Mayoux)

Roger B..., sept ans.

Vu en *novembre 1930*. Opéré des végétations adénoïdes à l'âge de trois ans. Bonne santé générale, mais grande nervosité, onanisme; a de fréquentes otalgies suivies parfois d'otorrhée.

Adénoïdectomie le *30 novembre 1930*.

Examiné en *décembre 1930* par le Docteur Bernheim : aucune lésion pulmonaire décelable ni à l'auscultation, ni à la radioscopie.

9 juin 1932. — Otalgie gauche violente la nuit précédente. Température à 40° Tympan très rouge avec douleur à la pression de la mastoïde. Paracentèse gauche.

11 juin. — La température reste autour de 40°, douleurs spontanées rétro-auriculaires très vives et léger empâtement mastoïdien.

Intervention. — Tissus superficiels très infiltrés; perforation spontanée à la partie moyenne de l'apophyse d'où sort un peu de pus très lié. Ostéite étendue à toute la mastoïde, mais on ne dénude ni le sinus latéral, ni la dure-mère. Tamponnement.

Suites opératoires. — Dès le lendemain la température est descendue à 37°5 et n'est pas remontée. Mais la plaie a toujours eu mauvais aspect avec des bourgeons exubérants en

dépit du nitratage. A la fin, une fistule s'est constituée à la partie moyenne de la plaie. On prescrit de l'élixir Deré qui doit être arrêté pour intolérance. L'enfant part à la mer le *5 juillet* et la fistule se tarit au bout de quinze jours.

Revu le *5 septembre 1934*. — Six semaines auparavant, une petite tuméfaction du volume d'une petite noisette est apparue en arrière de la cicatrice rétro-auriculaire, sans fièvre, ni douleur, ni otalgie; elle est dure et indolore. Le tympan est un peu rosé. Rob Oberlin.

25 septembre. — La tuméfaction garde le même aspect mais se ramollit. On la ponctionne : rien ne sort par l'aiguille, mais lorsque celle-ci a été enlevée on fait sourdre par l'orifice une à deux gouttes de substance gélatineuse. Suppositoires Cordière.

2 novembre. — La tuméfaction persiste comme un gros noyau de cerise rénitente. On pense à un kyste dermoïde. Toujours pas d'otorrhée.

Intervention. — On pénètre dans une cavité du volume d'une petite phalangette pleine de caséum brunâtre, sans pus net. Curettage, tamponnement.

30 janvier 1935. — Il persiste une cavité qui n'a pas tendance à se combler.

Intervention. — Après une incision dans la cicatrice et rugination, on trouve une cavité irrégulière remplie de fongosités chair d'huître. La curette enlève de l'os friable et l'on est amené sans l'aide de la gouge à dénuder largement le sinus latéral; l'aditus est rempli de fongosités.

Suites opératoires sans incident, mais au bout de deux mois persiste un petit trajet suintant.

Inoculations des fongosités au cobaye positives.

L'enfant est revu par le Docteur Bernheim qui ne trouve aucun symptôme anormal à l'examen général et pulmonaire : l'état général a toujours été excellent.

Cependant, la famille signale, alors seulement, que vers l'âge de quatre ans l'enfant a eu un lupus du poignet d'origine accidentelle qui fut enlevé chirurgicalement (Docteur Creyssel).

L'enfant a été envoyé au bord de la mer le *20 mars 1935*. Bien que l'état général soit excellent, la cicatrisation n'a été complète que fin juillet suivant.

Observation XVIII

(Collet et Mayoux)

Andrée V..., neuf ans et demi.

Adressée à la clinique d'oto - rhino - laryngologie le *26 avril 1938* pour otite aiguë avec réaction mastoïdienne.

Interrogatoire difficile. Il semble que l'oreille gauche avait coulé en octobre, puis s'était tarie. L'écoulement a repris il y a cinq jours, s'accompagnant de douleurs très vives. La température s'est maintenue aux environs de 39°5.

A l'entrée, malade un peu obnubilée, se tenant en chien de fusil. Pas de raideur de la nuque. A gauche, la pression de l'antre révèle une vive douleur, de même la pression de la pointe. L'oreille droite coule depuis quelques jours.

4 mai 1938. — Intervention (Docteur Gignoux). Mastoïde gauche. Dès les premiers coups de gouge, on tombe sur des lésions d'ostéite importantes. Antrotomie. Lésions très marquées au niveau de la pointe et de la région sous-antrale. Le sinus latéral est découvert entouré d'un abcès périsinusien. Les parois du sinus paraissent épaissies, on ne le ponctionne pas.

Le *10 mai 1938.* — L'oreille droite continue à couler. La mastoïde est douloureuse. La température oscille entre 37° et 39°.

Intervention mastoïde droite décidée (Professeur Collet). — Antre profond dans une mastoïde totalement infiltrée et pâle, mais avec très peu de pus. Cellules de la pointe et de la partie postérieure curettées. Le reste résiste à la curette avec quelques petits points purulents minuscules. Envoi de fongosités pour inoculation.

6 juillet 1938. — Les deux tympans sont rouges, légèrement infiltrés encore, la perforation n'est pas visible, les deux oreilles coulent. Oreille droite : voix basse à 1 mètre; limite inférieure, 32; limite supérieure normale. Oreille gauche : la même chose, mais limite inférieure, 64. Rinne positif.

Le cobaye, sacrifié le *4 juillet*, présentait des lésions de T. E. G. On pratique l'exérèse des végétations adénoïdes. L'examen histologique y révèle des follicules tuberculeux typiques.

Observation XIX

(Terracol et G. de Lagrange)

Jean S..., deux ans.

Entré au service d'oto-rhino-laryngologie de la Faculté de Médecine de Montpellier le *20 avril 1937* pour mastoïdite extériorisée gauche, apparue à la suite d'un écoulement d'oreille qui durait depuis un mois. Otorrhée droite. A la trépanation de la mastoïde (Professeur Terracol), l'aspect des lésions paraît suspect. Les jours suivants, élimination de séquestres; température et toux.

31 mai 1937. — Découverte d'un foyer de condensation de la base droite à la radiographie. Pommelure des deux tiers supérieurs de la plage phréno-claviculaire. Présence de B. K. dans les crachats à l'examen direct. Cuti-réaction à la tuberculine positive. Adénite cervicale gauche suppurée dans ganglions sous-digastriques. Drainage filiforme. Un prélèvement de pus inoculé au cobaye tuberculise l'animal.

14 août. — Cicatrisation apparente de la plaie mastoïdienne gauche. Persistance d'otorrhée fétide à droite.

20 août. — Mastoïdite extériorisée droite. B.-W. négatif. Besrecka-Vernes-résorcine = 118.

23 août. — Radiographie de la mastoïde droite. Disparition des cellules pneumatiques de la région de l'antre et du zigoma. La région intersinuso-faciale est floue. Il s'agit d'un processus de mastoïdite étendue (Docteur Betoulières).

24 août. — Trépanation mastoïdienne; os très congestionné. Lésions ostéitiques péri-antrales; la paroi postérieure du conduit s'effrite. Fongosités dans le conduit et dans la traînée intersinuso-faciale. L'examen histologique des fongosités montre qu'il s'agit de lésions tuberculeuses manifestes.

26 août. — Fistule mastoïdienne gauche. Celle-ci persiste un mois et demi alors que la cicatrisation de la plaie mastoïdienne droite s'effectue plus rapidement. L'état pulmonaire est stationnaire. L'enfant tousse moins, a repris du poids et n'a plus de fièvre. Il a été revu en *mars 1938* en bon état.

Antécédents familiaux : père mort en *octobre 1936* de la tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels : enfant né à terme. B. C. G. à la naissance, mais sans isolement du contact paternel. Bonne santé jusqu'en *janvier 1937*. Trois mois après la mort du père, l'enfant fait une gastro-entérite sévère et le Professeur Leenhards, appelé en consultation, avait pensé alors à un processus tuberculeux.

Conclusion : mastoïdite tuberculeuse bilatérale chez un enfant atteint de tuberculose pulmonaire en évolution.

Observation XX

(Terracol et G. de Lagrange)

Renée S..., trois ans et demi.

Entre au service d'oto-rhino-laryngologie de la Faculté de Médecine de Montpellier le *4 juillet 1935* pour otite moyenne chronique suppurée droite avec réaction mastoïdienne. Elle était hospitalisée au service de médecine infantile pour hypotrophie. L'oreille droite coulait depuis cinq à six jours. La température atteignait 38°9.

Le *15 juillet*. — L'incision d'un abcès du conduit auditif externe droit donne issue à du pus mal lié qui est inoculé au cobaye.

Le *19 juillet*. — Mastoïdectomie droite (Professeur Terracol). On découvre à l'intervention un os atteint de carie blanche, avec suppuration très abondante.

Le *29 juillet*, l'enfant meurt.

Antécédents personnels. — Née à terme en *octobre 1931*, nourrie au sein quatre mois, puis allaitement mixte. Gastro-entérite en 1932. Hospitalisée à cette époque, on décelait chez elle une malformation cardiaque congénitale. Nouvelle gastro-entérite en 1934.

Inoculation au cobaye du pus de l'oreille : positive.

Conclusion. — Mastoïdite tuberculeuse réchauffée. Mort par septicémie.

Observation XXI

(Professeur agrégé Despons)

Ginette M..., trois ans.

Entre à l'hôpital du Tondu le *12 août 1932*. Il y a un mois sont survenues, sans cause apparente, des douleurs auriculaires droites qui ont été suivies quinze jours après d'un écoulement purulent. Les phénomènes douloureux ont ainsi disparu, mais l'écoulement a persisté. Depuis quelque temps, la fillette avait maigri et pâli.

Antécédents. — Personnels : coqueluche à un an. — Héréditaires : père bonne santé; mère pas de fausses couches; un frère bien portant; une tante tuberculeuse.

Examen. — Enfant pâle. Température 39°. La mastoïde droite est soulevée. On note la présence de petits ganglions mastoïdiens et carotidiens. Sur la mastoïde, on constate une petite collection fluctuante indépendante du squelette.

Le conduit auditif droit contient du pus. Des polypes empêchent de voir le tympan.

Rhino-pharynx : pas de végétations adénoïdes.

17 août. — Mastoïdectomie (Docteur Berger). Anesthésie générale au chloroforme. Incision dans le sillon rétro-auriculaire. Tissu lardassé très infiltré. Mastoïde fistulisée dans la région antrale. On tombe rapidement dans l'antre. Les lésions mastoïdiennes sont tellement étendues que l'on est obligé de pratiquer une mastoïdectomie selon la technique habituelle. Dans la région postéro-supérieure, on découvre le sinus latéral dont la paroi est altérée. D'autre part, au niveau de l'antre, les lésions remontent très haut jusqu'aux méninges.

Suites opératoires. — La température reste élevée (entre 37° et 37°6). Il persiste un suintement purulent dans le conduit.

8 septembre. — Ecoulement abondant et fétide par le conduit auditif. D'autre part, celui-ci a tendance à se sténoser.

15 septembre. — La suppuration du conduit auditif continue. La température se maintient au-dessus de 37°. En-dessous et en arrière de la mastoïde, on constate une tuméfaction fluctuante, qui a augmenté de volume et qui reste indépendante du squelette.

18 septembre. — L'enfant reste pâle et légèrement fébrile.

19 septembre. — Retouche de la mastoïde (Professeur agrégé Despons). Anesthésie générale au chloroforme. La cavité opératoire est comblée de tissu fibreux et de fongosités purulentes. En avant, la paroi postérieure du conduit osseux est en partie détruite. Ainsi s'explique l'affaissement et la sténose du conduit cartilagineux. On résèque la paroi postérieure de celui-ci. Tamponnement du conduit et drain dans l'antre. On incise la collection mastoïdienne qui ne contient que quelques gouttes de pus.

Suites opératoires. — La cicatrisation rétro-auriculaire est très rapide, mais le conduit a toujours tendance à se sténoser. La sténose devient complète si on ne maintient pas un tamponnement. L'incision de la collection rétro-mastoïdienne reste fistulée. L'exploration au stylet ne donne pas le contact osseux.

10 décembre. — La suppuration du conduit reste fétide. Le lavage ramène des lamelles cholestéatomateuses. L'état général est bon. La fillette est pâle mais a augmenté de 2 kilogrammes en trois mois.

22 décembre. — Evidement pétro-mastoïdien (Professeur Portmann). Anesthésie générale au chloroforme. Dans la cavité opératoire, on met à nu le sinus latéral qui est atteint de périphlébite. L'antre est rempli de cholestéatome. La paroi postérieure du conduit fait défaut presque complètement. On abrase le mur de la logette et le massif du facial. La caisse est très petite et très profonde au point que l'on croit, en certains endroits, pénétrer dans le labyrinthe. Curettage de la caisse très prudent. Ablation des osselets atteints d'ostéite. Suture de la paroi postérieure du conduit membraneux. Tamponnement de la cavité à la mèche iodoformée. Les fongosités de la caisse et de l'antre sont prélevées pour examen.

Examen histologique (Docteur Valette). — Tuberculose absolument typique. Très nombreuses cellules géantes. Zones en voie de caséification.

Suites opératoires. — Localement, la cavité est en voie de cicatrisation. L'état général est excellent.

Observation XXII

(Professeur agrégé Despons)

Gérard V..., six mois et demi.

16 janvier 1945. — L'enfant présente depuis huit jours un écoulement d'oreille à droite, survenu au cours d'une période fébrile à 38°5, écoulement purulent assez abondant sans modification mastoïdienne. Depuis quelques semaines, l'enfant, nourri au biberon, s'alimente mal et a maigri. La fièvre oscille entre 38° et 38°5. Le bébé tousse un peu; son nez est enchifrené et laisse s'écouler des mucosités purulentes. On institue un traitement local (lavages) et une médication sulfamidée bien tolérée.

20 janvier. — La température reste au voisinage de 37°5 mais fait parfois des clochers à 38°5 ou 39°. Le facies est mauvais; l'enfant perd du poids. Petits accès de toux. Le pus reste assez abondant et l'odeur fétide. La mastoïde n'est pas modifiée mais est douloureuse à la pression. Les nuits sont agitées et entrecoupées de cris.

28 janvier. — L'enfant a toujours mauvais facies. L'écoulement auriculaire reste toujours fétide. Mastoïde douloureuse. Néanmoins, comme la toux persiste, on demande une consultation médicale qui reste négative au point de vue de l'auscultation.

29 janvier. — Intervention (Professeur agrégé Despons). — Anesthésie générale au chloroforme. Après rugination du squelette, on remarque, dans la zone centrale, un point d'ostéite où la curette s'enfonce facilement. On trouve dans l'antre du pus et des granulations. On recueille des fongosités en vue de l'examen. Drain dans l'antre. Suture.

Examen cyto-bactériologique des fongosités (Professeur agrégé Piéchaud). — Cytologie : quelques leucocytes polynucléés neutrophiles; quelques lymphocytes dans les faisceaux de substance filamenteuse et granuleuse. — Bactériologie : la recherche des B. K. est positive (présence de rares B. K.); après la coloration par la méthode de Gram, absence de germes.

Suites opératoires. — La température se maintient entre 37°5

et 38°, avec clochers à 38°5. L'enfant prend même ses biberons. Les nuits sont plus calmes. La plaie suppure abondamment et reste atone.

14 février. — Radiographie pulmonaire (Docteur Guichard) (voir clichés). La radio montre des lésions considérables de la plage droite constituées par la présence :

1° D'une volumineuse cavité du lobe supérieur droit, creusé au centre d'une zone de densification parenchymateuse;

2° D'une énorme adénopathie du hyle droit;

3° D'une condensation importante du lobe moyen droit creusé également de cavités plus ou moins importantes;

4° De quelques flocons de densification parenchymateuse du lobe inférieur droit.

La plage gauche est radiologiquement saine. Elle est partiellement masquée par le fait que le cœur et le médiastin sont déviés vers la gauche par une adénopathie latéro-médiastinale supérieure droite et par une énorme adénopathie médiastinale.

6 mars 1945. — Décès (pas d'autopsie).

Enquête familiale. — Mère : dix-neuf ans; bonne santé; pas de passé suspect; a nourri l'enfant pendant trois mois; enceinte de six mois. — Père : vingt et un ans; bonne santé apparente, mais a eu une pleurésie il y a trois ans; au début de l'année 1944, a eu une bronchite et a craché; l'examen des crachats avait montré des B. K. (trois à quatre par champ); actuellement ne tousse plus et ne crache plus. — Grands parents paternels et maternels : bonne santé.

XII. — TABLEAU RÉCAPITULATIF DES ÉLÉMENTS CARACTÉRISTIQUES DES OBSERVATIONS

N°	TYPE O M T	SEXE	AGE	ANTÉCÉDENTS PERSONNELS	ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES	TERMINAISON
1	1	F.	18 mois	Rien à signaler	Rien à signaler	Guérison
2	1	F.	8 ans	Rien à signaler	Rien à signaler (?)	Guérison
3	1	M.	18 mois	Rien à signaler	Père décédé tuberculeux Sœur décédée tuberculeuse	Guérison
4	2	M.	2 ans 1/2	Broncho-pneumonie	Rien à signaler (?)	Mort
5	2	F.	3 ans 1/2	Broncho-pneumonie	Rien à signaler	Guérison
6	1	M.	8 ans	Rien à signaler	Rien à signaler (?)	Guérison
7	1	F.	2 ans 1/2	Rien à signaler	Rien à signaler (?)	Guérison
8	1	F.	10 mois	Rien à signaler	Mère tuberculeuse	Guérison
9	1	F.	4 ans	Rien à signaler	Rien à signaler (?)	Guérison
10	1	F.	3 ans	Rien à signaler	Mère décédée tuberculeuse	Mort
11	1	F.	4 ans 1/2	Rien à signaler	Rien à signaler	Guérison
12	1 (?)	F.	6 ans	Coqueluche et abcès froids.	Rien à signaler	Guérison
13	1	F.	2 ans	Rien à signaler	Mère décédée tuberculeuse	Guérison
14	1	M.	13 mois	Rien à signaler	Père tuberculeux (?)	Mort
15	1	F.	5 ans	Rien à signaler	(?)	Guérison
16	1	F.	10 mois	Rien à signaler	Rien à signaler (?)	Guérison
17	1	M.	7 ans	Lupus du poignet	Rien à signaler	Guérison
18	1 (?)	F.	9 ans 1/2	Follicules typiques des V.A.	Rien à signaler (?)	Guérison
19	2	M.	2 ans	Tuberculose pulmonaire et entérite	Père décédé tuberculeux	Guérison
20	1	F.	3 ans 1/2	Gastro-entérite	Rien à signaler (?)	Mort
21	1	F.	3 ans	Coqueluche	Tante tuberculeuse	Guérison
22	2	M.	6 mois 1/2	Tuberculose pulmonaire	Père tuberculeux	Mort

En résumé, nous avons, sur 22 cas : chez les garçons, 4 primitifs et 3 secondaires; chez les filles, 12 primitives sûres, 2 primitives possibles et 1 secondaire. Nous enregistrons 17 guérisons contre 5 décès.

CONCLUSIONS

I. — Les travaux récents démontrent, comme les publications anciennes, que l'otite tuberculeuse est fréquente chez l'enfant. Les statistiques varient entre 15 et 25 %.

II. — A côté de l'otite chronique tuberculeuse, connue du public médical, il existe une oto-mastoïdite tuberculeuse aiguë de l'enfance que nous appelons primitive parce qu'elle est la première manifestation clinique de la tuberculose.

III. — L'otite tuberculeuse aiguë est difficile à diagnostiquer de l'otite moyenne aiguë banale, surtout dans la première enfance. Le diagnostic ne se fait guère qu'après l'intervention.

IV. — Alors que l'otite chronique tuberculeuse nécessite rarement un traitement chirurgical, l'otite tuberculeuse aiguë exige souvent l'intervention, même si la nature en est reconnue.

V. — Le pronostic de l'otite tuberculeuse de l'enfance n'est pas mauvais si elle est l'unique localisation de la tuberculose.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen,*

R. DUPÉRIÉ.

Vu, bon à imprimer :

Le Président,

J. BEAUVIEUX.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 26 Juin 1945.

Le Recteur,

A. MARCHAUD.

BIBLIOGRAPHIE

1. Aingelo di Blasi. — Sur l'efficacité de la tuberculinothérapie dans les mastoïdites opérées. *O.-R.-L. italienne,* mars 1936.
2. Alexander. — Otite moyenne chronique tuberculeuse. *Société autrichienne d'Otologie,* 28 janvier 1907.
3. Aloin et Gignoux. — Contribution à l'étude de la mastoïdite tuberculeuse. *Revue de Laryngologie,* 28 février 1923.
4. Aloin. — Formes douloureuses et syndrome de Gradenigo dans la tuberculose de l'oreille. *Société française d'O.-R.-L.,* 1924.
5. Aloin. — Complications méningées dans la tuberculose de l'oreille. *Archives O.-R.-L.,* 1924, p. 463.
6. Aloin. — Les formes douloureuses et le syndrome de Gradenigo dans la tuberculose de l'oreille. *Revue de Laryngologie,* 30 juin 1925, p. 411.
7. Aloin. — Tuberculose du rocher, forme ambulatoire. *Société O.-R.-L. de Lyon,* 3 mars 1933.
8. Alt. — Otorrhée chronique tuberculeuse. *Société autrichienne d'Otologie,* 1900.
9. Altman. — Tuberculose primaire de l'oreille moyenne. *Société autrichienne d'Otologie,* 1930.
10. Bar. — Contribution aux paratuberculoses de Poncet et Leriche. *Annales,* tome II, 1908, p. 175 et 613.
11. Battin (G.-G.). — L'orecchio nel tubercolitico. *Bolletine di Medizina di orecchio, di golae di naso,* n° 54, mai 1936, p. 161-178.
12. Bauer. — Otitis media tuberculose; diagnosis during childhood. *Medizinischeklinck,* n° 26, juin 1930, p. 84-848.
13. Bellin, Aloin et Vernet (J.). — Ostéite tuberculeuse du temporal. *Journal de Chirurgie,* 1916.
14. Blaquière. — Lésions oto-rhino-laryngologiques chez les malades des sanatoria de l'Hérault. *Revue d'O.-R.-L.,* n° 7, juillet-août 1941, p. 399-404.
15. Blegvad (N.-Rh.). — Sur la tuberculose de l'oreille moyenne. *Acta Oto-Laryngologica,* volume XXIC, fascicule I. *In Revue de Laryngologie,* n° 3, 58e année, 1936 et mars 1937.

16. Blegvad (N.-Rh.). — Diagnostic précoce de la tuberculose de l'oreille moyenne. Analysé par le Docteur J. Despons dans la *Revue d'O.-R.-L.*, n° 8, octobre 1940, p. 467.
17. Bonain. — L'oreille et ses maladies. 1933.
18. Bondy. — Tuberculose de l'oreille moyenne comme l'un des symptômes d'une affection tuberculeuse miliaire aiguë. *Wiener Médizinische Wochenschrift*, n° 44, 28 octobre 1933.
19. Bourgeois. — Tuberculose de l'oreille. *In* Pathologie Chirurgicale.
20. Brieger. — Tuberculose de l'oreille moyenne. *Rapport à la Société allemande d'O.-R.-L.*, 1913.
21. Brieger. — Tuberculose de l'oreille moyenne. Analysé *in Annales O.-R.-L.*, 1925, p. 618.
22. Brisotto (P.). — De la tuberculose auriculaire et d'une particularité caractéristique à cette forme. *L'O.-R.-L. italienne*, n° 4. *In Revue Laryngologie, Otologie, Rhinologie*, n° 5, 56e année, année 1934 et mai 1935.
23. Calvet. — Importance de l'examen bactériologique dans les oto-mastoïdites. *O.-R.-L. internationale*, juillet 1937.
24. Cargo. — Sur l'efficacité de la tuberculinothérapie après les opérations sur la mastoïde avec cuti-réaction positive. *O.-R.-L. italiana*, février 1937.
25. Cart. — Tuberculose de l'oreille moyenne. *The Journal of Laryngology and Otology*, juillet 1925.
26. Cart. — Tuberculose de l'oreille moyenne. *Annales O.-R.-L.*, 1926, p. 982.
27. Cemach. — Tuberculose aiguë de l'oreille moyenne. *Communication à la Société autrichienne d'Otologie*, 21 novembre 1921.
28. Cemach. — Tuberculose aiguë de l'oreille moyenne. *Annales*, n° 7, juillet 1922, p. 760.
29. Cemach. — Otite tuberculeuse d'origine hématogène. *Société autrichienne d'Otologie*, 28 juin 1922.
30. Cemach. — La tuberculose de l'oreille et la grossesse. *Société autrichienne d'Otologie*, 1924.
31. Cemach. — Le problème de la roentgenthérapie dans la tuberculose de l'oreille moyenne. IIe Réunion, *Annales de la Société d'O.-R.-L.*, 1924.
32. Cemach. — La tuberculose de l'oreille, vue d'après les nouvelles théories sur la tuberculose. *Monatschrift für Ohrenheilkunde*, 1924.
33. Cemach. — Tuberculose des deux apophyses mastoïdes. *Annales*, 1925, p. 974.
34. Cemach. — Tuberculose de l'oreille. *In* Traité de Ker et Kaler, VIIe volume, 1926.
35. Chapman. — La tuberculose de l'oreille moyenne et l'héliothérapie. *Annales of Otology*, tome XXXVI, n° 3.

36. Citelli. — Comunicazione al XXXV[e] Congresso de la Societa di Oto-Rino-Laringologia (Roma), octobre 1937.

37. Collet. — Oto-laryngologie avec applications à la neurologie. Tuberculose de l'oreille. Doin, éditeur, Paris, 1928, p. 864.

38. Collet et Mayoux. — Tuberculose primitive de l'oreille moyenne. *Journal de Médecine de Lyon,* juillet 1931.

39. Collet et Mayoux. — Tuberculose de l'oreille à début aigu, probablement primitive. *Annales d'O.-R.-L.,* mai 1932.

40. Collet et Mayoux. — Tuberculose de l'oreille à début aigu, probablement primitive. *Annales d'O.-R.-L.,* n° 3. *In Revue de Laryngologie, Otologie, Rhinologie,* n° 3, mars 1932 et mars 1933.

41. Collet et Mayoux. — Tuberculose de l'oreille. Mort par méningite à pneumocoques. Société de Laryngologie des Hôpitaux de Paris, séance du 20 mars 1933. *In Annales d'O.-R.-L.,* n° 7, juillet 1933.

42. Collet et Mayoux. — Les voies d'invasion dans la tuberculose auriculaire. *XLVIII[e] Congrès français d'O.-R.-L.,* Paris, 19 octobre 1935.

43. Collet et Mayoux. — La tuberculose de l'oreille. *Bulletin Médical,* 29 février 1936.

44. Collet et Mayoux. — Tuberculose de l'oreille et pathologie générale de la tuberculose. *Journal de Médecine de Lyon,* n° 421, 20 juillet 1937.

45. Collet et Mayoux. — L'otorragie carotidienne dans la tuberculose du rocher. *Journal de Médecine de Lyon,* juillet 1938.

46. Collet et Mayoux. — La tuberculose de l'oreille. *Rapport au Congrès d'O.-R.-L.,* Paris, 1938. Impressions Boutin, Paris.

47. Chette. — Contribution à l'étude de l'otite moyenne tuberculeuse. Thèse, Paris, 1920.

48. Dennis. — Tuberculosis papillomatosa cutis of ear. *Archives O.-R.-L.,* n° 12, juillet 1930, p. 86.

49. Despons. — Sur un cas de tuberculose primitive de l'oreille chez l'enfant. *Revue de Laryngologie,* n° 3, mars 1933, page 387.

50. Despons, Fontan et Chassaigne. — Sur un cas de mastoïdite tuberculeuse chez un nourrisson. *Société de Médecine Infantile de Bordeaux et du Sud-Ouest,* 14 mars 1945.

51. Devic et Aloin. — Ostéite tuberculeuse du rocher de forme torpide. *Société O.-R.-L. de Lyon,* 7 mai 1932.

52. Dreyfus. — Les formes rares de la tuberculose du nourrisson. I. Tuberculose de l'oreille moyenne. *Schweizerische Medizinische.*

53. Dubois. — La tuberculose de l'oreille moyenne. *Gazette Médicale de Picardie,* mars 1926, p. 103.

54. Dufourmentel. — Les mastoïdites tuberculeuses. *La Pratique Médicale française*, mars 1935.
55. Dunbar Roy. — Tuberculose bilatérale de l'oreille moyenne. Analysé *in Annales O.-R.-L.*, tome II, 1907, p. 529.
56. Eaman. — La tuberculose de l'oreille. *Rapport au XXVII^e Congrès de la Société belge d'O.-R.-L.*, 9 et 10 juillet 1921.
57. Ersner. — Chronic suppurative otitis media associated with tuberculoses meningitis presenting localized intracronial symptomes. *Laryngology*, n° 40, août 1930, p. 569.
58. Feldstein. — Etude clinique et thérapeutique de l'otorrhée tuberculeuse. *Le Courrier Médical*, 29 mars 1925.
59. Ferreri. — Sur le diagnostic de la tuberculose dans les suppurations auriculaires chroniques. *Société italienne d'Otologie*, 1900.
60. Frazer. — Tuberculose de l'oreille. *In* Traité de Logan-Turner, III^e édition, 1932, p. 396.
61. Giuffrida. — Comunicazione al V^e Congresso della Societas latina di O.-R.-L., Bucarest, 1937.
62. Goldstein. — Tuberculose primitive de l'oreille. *Annales d'O.-R.-L. de l'Ouest*, Saint-Louis, avril 1900.
63. Gradenigo. — Prophylaxie et traitement de la tuberculose de l'oreille. *Société italienne d'O.-R.-L.*, 1900.
64. Gradenigo. — Tuberculose et surdité progressive. *Annales d'O.-R.-L.*, tome I, 1913, p. 318.
65. Grimmer. — Contribution à la pathologie et au diagnostic de l'otite moyenne tuberculeuse. *Archives of Otology*, juin 1902.
66. Groenbeck. — Un cas d'otite moyenne tuberculeuse. *Société danoise d'O.-R.-L.*, 27 septembre 1905.
67. Hautant. — La mastoïdite tuberculeuse subaiguë. *Annales d'O.-R.-L.*, 1933.
68. Hegetschweiler. — Les cas de guérison de tuberculose de l'oreille. *Archives of Otology*, février 1904.
69. Hennebert (P.). — Otite moyenne chronique tuberculeuse; diagnostic et traitement par antigène méthylique. Analysé par le Docteur J. Despons dans la *Revue O.-R.-L.*, n° 8, octobre 1940, p. 469.
70. Henrici. — Tuberculose de l'apophyse mastoïde chez l'enfant. Analysé *in Annales O.-R.-L.*, 1906.
71. Hubert. — Un cas de tuberculose primitive de l'oreille moyenne. *Annales*, n° 8, 1922, p. 854.
72. Jacques. — Tuberculose ganglionnaire et de la fosse parotidienne à point de départ auriculaire. *Revue hebdomadaire de Laryngologie*, 28 mai 1910.
73. Kelson. — Tuberculose de l'os temporal. *Société Royale de Médecine*, 16 février 1912.
74. Klestadt. — Le sort des malades opérés de tuberculose de l'oreille. *Société allemande O.-R.-L.*, 1924.

75. Kœner et Sturer. — Traité des maladies de l'oreille et du nez. 1937, p. 138.
76. Krepuska. — Otite tuberculeuse primitive avec méningite. *Acta O.-R.-L.*, 1934.
77. Laurens, Aubry et Lemariey. — Précis d'oto-rhino-laryngologie. Masson, 1931, p. 631.
78. Lautmann. — La tuberculose de l'oreille moyenne. *Annales O.-R.-L.*, tome I, 1914, p. 163.
79. Lebram. — Otite moyenne tuberculeuse. *Société berlinoise d'Otologie*, 14 mai 1909.
80. Leegard. — Tuberculose de l'oreille. *Archives*, 1922, p. 1180.
81. Leidler. — Un cas de tuberculose commençante de l'oreille moyenne à tympan conservé. *Monatschrift für Ohre*, 1924.
82. Lemaitre. — Chirurgie de l'oreille. *In* Thérapeutique chirurgicale de Lecène et Leriche.
83. Lermoyez. — Etude clinique sur la tuberculose de l'oreille. *Annales O.-R.-L.*, 1915.
84. Lermoyez. — Diagnostic de l'otorrhée tuberculeuse. *Presse Médicale*, 26 juillet 1917.
85. Lévy. — Affections de l'oreille moyenne dans la tuberculose. *The Laryngoscope*, mai 1903.
86. Lévy. — Traitement chirurgical de la tuberculose. Oto-rhino-laryngologie. *Annales of O.-R.-L.*, septembre 1906.
87. Licci. — Tuberculose auriculaire de la première enfance. *Société italienne d'O.-R.-L.*, 1900.
88. Mac Kenzie. — Tuberculose de l'os temporal chez l'enfant. *Royal Society of Medicine, Section d'Otologie*, mars 1924.
89. Malherbe. — Tuberculose inflammatoire de l'oreille moyenne. *Annales O.-R.-L.*, tome II, 1907, p. 101.
90. Margotton. — Tuberculose de l'oreille. Thèse, Lyon, 1932.
91. Mayoux. — Contribution à l'étude de la tuberculose de l'oreille. *Annales d'O.-R.-L.*, n° 8, août 1931.
92. Mayoux. — Le mode de début de la tuberculose auriculaire. Société de Laryngologie des Hôpitaux de Paris. *In Annales d'O.-R.-L.*, n° 11, 1933, 3 juillet 1933.
93. Milligan. — Tuberculose de l'oreille chez l'enfant. *British Medical Association, Section d'Otologie*, 1910.
94. Mœller (Jœrgen). — Tuberculose de l'os temporal. *Société danoise d'O.-R.-L.*, tome II, n° 14, 1906.
95. Mœller (J.). — Sur une forme rare et jusqu'alors méconnue de tuberculose de l'oreille moyenne. Analysé *in Annales d'O.-R.-L.*, tome II, 1912, p. 305.
96. Mollison. — Double paralysie faciale tuberculeuse dans une mastoïdite bilatérale. *Journal of Laryngology*, mai 1920.
97. Mounier et Kuhn. — La biopsie dans les opérations mastoïdiennes. *Congrès de la Société française d'O.-R.-L.*, 1933.

98. Moure et Brindel. — Guide pratique des maladies de la gorge, du larynx et des oreilles, 1914.
99. Muskat (Owing). — L'évidement dans la tuberculose auriculaire de l'adulte atteint de tuberculose pulmonaire active. Société d'O.-R.-L., séance du 13 janvier 1936. *In Annales d'O.-R.-L.*, n° 7, juillet 1936, p. 751.
100. Nichet. — A propos d'un cas de tuberculose auriculaire secondaire à une tuberculose pulmonaire évolutive. *Revue d'O.-R.-L.*, n° 6, juin 1939, p. 547.
101. Ombredanne. — Tuberculose de l'oreille. *Semaine des Hôpitaux de Paris*, n° 14, 31 juillet 1933, p. 465.
102. Oppikofer. — Contribution à l'histologie de la tuberculose de la caisse. *Société allemande d'O.-R.-L.*, 1925.
103. Ormerod (F. C.). — La tuberculose de l'oreille moyenne. *The Journal of Laryngology*, juillet 1931.
104. Pesme et Retrouvey. — Tuberculose des voies lacrymales, des fosses nasales et de l'oreille moyenne. *Revue de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*, n° 9, 15 mai 1927.
105. Piffl. — Otite tuberculeuse avec saillie dans la cavité cranienne. Analysé *in Annales O.-R.-L.*, 1901, p. 313.
106. Portmann et Kistler. — Les otites moyennes. Otite moyenne tuberculeuse. 1929, p. 177.
107. Predescu-Rion. — Petit signe de tuberculose en oto-rhino-laryngologie. Analysé par le Docteur J. Despons dans la *Revue O.-R.-L.*, n° 8, octobre 1940, p. 468.
108. Quirin. — Tuberculose du prolongement antérieur de la parotide. *Annales*, 1925, p. 865.
109. Quix. — Tuberculose de l'oreille suivie de méningite tuberculeuse. *Nederlander Fydschrift voor gen*, tome II, 1910, p. 1340.
110. Raoult. — Tuberculose du lobule de l'oreille. *Société belge d'O.-R.-L.*, juin 1905.
111. Rebattu et Mayoux. — Tuberculose du temporal. Mort par méningite tuberculeuse. *Société d'O.-R.-L. de Lyon*, 3 mars 1933.
112. Rebbeling. — Tuberculose primitive isolée de l'oreille moyenne. Analysé *in Annales O.-R.-L.*, 1905, p. 298.
113. Retrouvey. — La tuberculose de l'oreille. *Revue de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*, n° 14, 31 juillet 1927.
114. Reverchon et Worms. — Tuberculose du rocher et du maxillaire supérieur. *O.-R.-L. internationale*, mai 1921.
115. Rigaud. — La tuberculose du labyrinthe. *Annales O.-R.-L.*, 1931.
116. Rolland. — Contribution à l'étude des otites tuberculeuses. *Société française d'O.-R.-L.*, 1909.
117. Rollin. — Traitement de la mastoïdite tuberculeuse infantile. *Archiven für ohrenheilkünde*, 1932.

118. Roux. — Tuberculose de la mastoïde. Mort par hémorragie cataclysmique de la carotide interne. *Revue d'O.-R.-L.*, 1938, p. 103.

119. Santalo. — Tuberculose primitive de l'oreille moyenne suivie de complications. *Société d'O.-R.-L. de Madrid*, 11 mars 1909.

120. Saint-Clair et Thomson. — Tuberculose de l'oreille moyenne observée chez les adultes dans un sanatorium. *The Journal of Laryngology*, juillet 1931.

121. Schlander. — Le canal carotidien comme voie d'infection. *Monatschrift für ohrenheilkünde*, tome LXIII, n° 6,

122. Schlitter. — Pronostic vital des différentes formes d'otite suppurée. *Zeitschrift für hala*, n° 1, 1922, p. 2.

123. Schmidt. — Tuberculose de l'oreille moyenne. *Société suisse d'O.-R.-L.*, juillet 1924.

124. Scobek. — Mastoïdite tuberculeuse chez l'enfant. *Archives of O.-R.-L.*, Chicago, mars 1933.

125. Scober (Edwin). — Mastoïdite tuberculeuse chez les nourrissons et les enfants. *Archives of O.-R.-L.*, mars 1933.

126. Sohier et Bryant. — Tuberculose de l'oreille. *Medical Record*, 26 septembre 1908.

127. Spencer (F. R.). — Revue de la tuberculose dans le cadre de l'oto-rhino-laryngologie. Analysé par le Docteur J. P. Moure dans la *Revue d'O.-R.-L.*, n° 1, janvier 1941, p. 66.

128. Spohn. — Contribution à la clinique et au traitement de la tuberculose de l'oreille moyenne. Analysé *in Annales O.-R.-L.*, 1927, p. 306.

129. Sternberg. — Contribution à l'étude de la tuberculose de l'oreille. Thèse, Paris, 1927, n° 176.

130. Steward. — Tuberculose du cerveau. *Journal of Laryngology*, août 1934.

131. Suna y Mollist. — Considérations sur les otites tuberculeuses et les otorrhées chez les tuberculeux. *I^er^ Congrès espagnol de la tuberculose*, 1910.

132. Terracol et de Gaudin de Lagrange. — Le polymorphisme de la tuberculose de l'oreille. *Revue de Laryngologie*, mars 1938.

133. Tesar. — Contribution à la pathogénie de la tuberculose de l'oreille. *V^e^ Congrès de la Société tchécoslovaque d'Otologie*, tenu à Prague, 5 et 6 juin 1926.

134. Theissing. — Anatomie pathologique et pathogénie de la tuberculose de l'oreille moyenne. Analysé *in Annales d'O.-R.-L.*, 1934, p. 84.

135. Thienpont. — Tuberculose et radiodiagnostic de l'oreille. *Société belge de Radiologie*, séance du 13 mars 1932.

136. Thienpont. — La tuberculose de l'oreille et son radiodiagnostic. *II^e^ Congrès international d'O.-R.-L.*, Madrid

27-30 septembre 1932. *In Presse Médicale*, n° 97, 27-30 septembre et 3 décembre 1932.

137. THIENPONT. — Etat actuel de la radiographie de l'os temporal. *Rapport à la Société belge d'O.-R.-L.*, 1933.

138. THIENPONT. — Radiodiagnostic de la tuberculose de l'oreille (au sujet du). Analysé par le Docteur J. DESPONS dans la *Revue d'O.-R.-L.*, n° 8, octobre 1940, p. 468.

139. THOMSON. — Tuberculosis of middle ear in adults in sanatorium. *Royal Society of Medicine, section d'Otologie*, n° 24, 27 mai 1921.

140. TOMMASI. — Carie tuberculeuse du temporal chez un enfant de quinze mois. *Société italienne d'O.-R.-L.*, 1900.

141. URBANTSCHITSCH. — Tuberculose commençante de l'oreille moyenne. *Société autrichienne d'Otologie*, 29 octobre 1906.

142. URBANTSCHITSCH. — Tuberculose du lobule de l'oreille. *Annales*, tome I, 1913, p. 402.

143. URBANTSCHITSCH. — Mastoïdite tuberculeuse et thrombrose du sinus latéral post-grippales. *Société autrichienne d'Otologie*, 30 janvier 1922.

144. URBANTSCHITSCH. — Tuberculose primitive du rocher chez un nourrisson. *Société autrichienne d'Otologie*, 23 juin 1923.

145. URBANTSCHITSCH. — Tuberculose und gehoerorgan. *Monatschrift für Olarenheilk*, 1936, p. 1487.

146. VAN CANEGHEM. — Mastoïdite tuberculeuse d'origine rhinopharyngée sans perforation du tympan. *Annales*, 1927, p. 627.

147. VAN CANEGHEM. — La mastoïdite tuberculeuse. *O.-R.-L. internationale*, mai 1937.

148. VERNIEUVE. — Note sur les paralysies faciales primitives et tardives post-opérations tuberculeuses. *O.-R.-L. internationale*, février 1920.

149. VIDAN (G.). — Un cas de tuberculose de l'oreille moyenne. *Archives*, 1922, p. 851.

150. VOZENSENSKIY (A. N.). — Classification of tuberculosis of upper respiratory tract and of ear. *Problemen von Tuberkulosis*, 1936, p. 214-220.

151. VIENING. — Zur kenntnis der spontaublutungen aus dena nittelohr auf tuberculoser grundlage. *Zeitschrift für Laryngologie und Rhinologie*, n° 20, janvier 1931, p. 159.

152. ZERONI. — Hémorragie de la carotide par carie tuberculeuse du rocher. *Archiven für Ohrenheilkünde*, volume 51.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

Introduction 1

I. — Historique 3
II. — Etiologie 6
III. — Pathogénie 8
IV. — Symptomatologie 11
V. — Anatomie pathologique 15
VI. — Pronostic et évolution 17
VII. — Complications 19
VIII. — Diagnostic 24
IX. — Traitement 30
X. — Tableau comparatif des principales caractéristiques des oto-mastoïdites tuberculeuses primitives et secondaires 33
XI. — Observations 34
XII. — Tableau récapitulatif des éléments caractéristiques des observations 57

Conclusions 59

Bibliographie 61

Bordeaux. — Imp. E. Drouillard, 3, place de la Victoire. — N° 31.2174